

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد خيضر - بسكرة -

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

فعالية برنامج تربية صحية في تغيير سلوكيات

الخطر وتنمية الوعي الصحي لدى المراهقين

(دراسة ميدانية على عينة من تلاميذ المرحلة المتوسطة بمدينة عين التوتة - باتنة -)

أطروحة نهاية الدراسة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي

إشراف الأستاذ:

إ.د جابر نصر الدين

إعداد:

القص صليحة

اعضاء لجنة المناقشة

رئيسا	جامعة بسكرة	استاذ التعليم العالي	إ.د محمد بلوم
مقررا	جامعة بسكرة	استاذ التعليم العالي	إ.د جابر نصر الدين
عضوا	جامعة باتنة 1	استاذ التعليم العالي	إ.د براجل علي
عضوا	جامعة باتنة 1	استاذ التعليم العالي	إ.د بوقصة عمر
عضوا	جامعة بسكرة	استاذ محاضر أ	د. دبر راسو فطيمة
عضوا	جامعة سطيف 2	استاذ محاضر أ	د. تيغليت صلاح الدين

السنة الجامعية: 2015-2016

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

قال رسول الله صلى الله عليه وسلم

" سَلُوا اللَّهَ الْعَفْوَ وَالْعَافِيَةَ وَالْمُعَافَاةَ ،
فَإِنَّهُ مَا أُوتِيَ عَبْدٌ بَعْدَ يَقِينٍ خَيْرًا مِنْ
مُعَافَاةٍ "

شكر وعرفان:

الحمد لله الذي أعاننا على إكمال هذا العمل وإخراجه إلى النور بعد طول انتظار، ولهذا أتقدم بالشكر الجزيل إلى الأستاذ الفاضل جابر نصر الدين على قبوله الإشراف على الأطروحة وعلى كل ما قدمه من نصائح قيمة لإتمام هذا العمل على أحسن وجه وأيضاً على صبره علي في كثير من المرات أسأل المولى أن ينفع بعلمه الواسع و أرجو أن أكون قد وفقت في تقديم ما يرضيه وما يليق باسمه فشكراً ألف شكر.

الشكر أيضاً للسادة الأساتذة على قبولهم مناقشة الأطروحة، والشكر موصول إلى كل من علمني حرفاً كل باسمه خلال مساري التعليمي من المدرسة القرآنية إلى يومنا هذا. وأيضاً الشكر والامتنان إلى كل الأساتذة الذين ساهموا في تحكيم مقاييس الدراسة والبرنامج.

كما أتقدم بالشكر الجزيل إلى كل تلاميذ السنة الثالثة من التعليم المتوسط للسنة الدراسية 2014-2015 بمتوسطة سيود علي واحمد بن كرامة بعين التوتة- باتنة، وخصوصاً لأعضاء الإدارة بكلتا المتوسطتين لتهيئتهم لكافة الظروف التي ساعدتني على تنمية الجانب التطبيقي للدراسة إضافة إلى ما قدموه لي من خدمات جليلة لن أنساها ما حييت.

وأسجل شكري وتقديري إلى كل من الأساتذة: مصطفى عشوي بجامعة الكويت، الأستاذ صالح محمد صالح بجامعة العريش-مصر والأستاذ سامر جميل رضوان بجامعة نزوى بعمان على كل ما قدموه من معلومات ونصائح ومراجع .

إهداء:

اهدي ثمرة جهدي هاته إلى:

- الوالدين الكريمين أمد الله في عمرهما وأعانني على رضاهما.
- الزوج الكريم على صبره وتعاونه طوال إعداد الأطروحة.
- أبنائي محمد طه وخديجة ستر الرحمن واعتذر عن كل تقصير في حقهما بسبب انجاز الأطروحة.
- إلى إخوتي كل باسمه على الدعم النفسي قبل كل شيء.
- إلى صديقاتي وزميلاتي كلا باسمها، على الدعم المعنوي والنفسي والتعزيز الايجابي عند كل لحظة إحباط.
- إلى الدكتور: شرون ساعد على المساعدة في الترجمة.
- إلى طلبتي جميعا منذ دفعة 2010-2011.
- وإلى كل من عرف القص صليحة ، نسيه القلم لكن حفظته الذاكرة والجوارح.

ملخص الدراسة بالعربية:

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن فعالية برنامج في التربية الصحية في تغيير سلوكيات الخطر وتنمية الوعي الصحي لدى تلاميذ السنة الثالثة من التعليم المتوسط، وقد تم بناء برنامج في التربية الصحية من طرف الباحثة محتويا على وحدتين وهما: وحدة صحتك في غذائك ووحدة في الحركة بركة، واعتمدت الباحثة على مجموعة من الأدوات وهي:

- مقياس سلوكيات الخطر من إعداد الباحثة.
- مقياس الوعي الصحي من إعداد الباحثة.
- برنامج التربية الصحية.

تم استخدام المنهج شبه التجريبي ذو المجموعتين التجريبية والضابطة وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها:

- (1) توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس سلوكيات الخطر ومقياس الوعي الصحي.
 - (2) لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي على مقياس سلوكيات الخطر وعلى مقياس الوعي الصحي.
 - (3) توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس سلوكيات الخطر وعلى مقياس الوعي الصحي.
 - (4) لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات سلوكيات الخطر ومتوسط رتب درجات الوعي الصحي لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج التربية الصحية حسب المستوى التعليمي للام وحسب معدل التحصيل الدراسي.
 - (5) لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس سلوكيات الخطر وعلى مقياس الوعي الصحي.
- وأوصت الدراسة بضرورة إعادة النظر بمحتوى مناهج المرحلة المتوسطة من التعليم في الجزائر وذلك من خلال تضمينها لموضوعات التربية الصحية، أو استحداث منهاج خاص بالتربية الصحية.

Abstract:

The present study aimed to check the efficacy of a health educational program in changing the risk behaviors, and the development of health awareness of the category of students of the third year of middle school education. For that purpose the researcher has elaborated a health educational program on two units: The first unit: your health is in your food. The second unit: blessing is in the movement. The researcher has set up the following tools:

- Scale of risk behaviors prepared by the researcher.
- Scale of health awareness prepared by the researcher.
- a health educational program.

She has used a Para-experimental method upon a sample of two groups: The experimental one and the standard one. The main results she has obtained are the following:

- 1) presence of significant statistical differences between the average of degrees classification among the experimental group elements in the previous measures and the after ones in the risk behaviors and the health awareness scale.
- 2) No presence of significant statistical differences between the average of degrees classification among the standard group elements in the previous measures and the after ones in the risk behaviors and the health awareness scale.
- 3) presence of significant statistical differences between the experimental group elements and the standard ones about the average of degrees classification in the after measures in the risk behaviors and the health awareness scale.
- 4) No presence of significant statistical differences between the average of degrees classification among the experimental group elements in the risk behaviors and the health awareness scale after the application of the health educational program according to the mother educative level and according to the average of scholar assimilation.
- 5) No presence of significant statistical differences between the average of degrees classification among the experimental group elements in the after measures and in the follow measures.

The study recommends the obligation to integrate the health educational subjects in the scholar program of the middle stage in Algeria, or to elaborate a health educational special program.

فهرس المواضيع

الموضوع	الصفحة
شكر وعرفان.....	ا.....
إهداء.....	ب.....
ملخص الدراسة بالعربية.....	ج.....
ملخص الدراسة بالانجليزية.....	د.....
قائمة المواضيع.....	ه.....
قائمة الجداول.....	ك.....
قائمة الأشكال.....	م.....
مقدمة.....	1.....
الباب الأول: الجانب النظري	
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة	
I. الإشكالية.....	5.....
II. أهمية البحث.....	12.....
III. أهداف البحث.....	13.....
IV. الدراسات السابقة.....	15.....
V. فرضيات الدراسة.....	47.....
VI. حدود الدراسة.....	49.....
VII. تحديد المصطلحات.....	49.....
الفصل الثاني: التربية الصحية	
تمهيد.....	57.....
أولا : التربية الصحية.....	58.....
I. مفهوم التربية الصحية.....	58.....
II. أهداف التربية الصحية.....	65.....
III. مجالات التربية الصحية.....	71.....
IV. أسس التربية الصحية.....	75.....

77.....	.V أساليب ووسائل التربية الصحية
78.....	1- الاتصال المباشر
78.....	1-1 المواجهة الفردية
79.....	2-1 الفصول الصحية
80.....	3-1 الاجتماعات
81.....	2- الاتصال غير المباشر
82.....	1-2 وسائل الاعلام
83.....	2-2 طريقة الربط
83.....	3-2 أسلوب حل المشكلات
85.....	4-2 استغلال المناسبات
85.....	5-2 القدوة الحسنة
86.....	6-2 إستراتيجية القصص والحكايات
86.....	7-2 طريقة المشروعات
88.....	8-2 أسلوب العصف الذهني
90.....	9-2 التعلم الذاتي
91.....	10-2 طريقة الدروس العملية
91.....	11-2 الاستفادة من أوجه النشاط المدرسي
91.....	12-2 طريقة تمثيل الأدوار
92.....	.VI صفات المثقف الصحي
93.....	ثانيا: الصحة المدرسية
93.....	I. مفهوم الصحة المدرسية
94.....	II. أهداف الصحة المدرسية
96.....	III. التربية الصحية المدرسية
98.....	IV. أسباب الاهتمام بالتربية الصحية بالمدرسة
99.....	V. أهداف التربية الصحية المدرسية
102.....	VI. التربية الصحية وحاجات وميول التلاميذ
105.....	VII. معايير يجب أخذها بعين الاعتبار قبل وضع البرامج الصحية لطلاب مرحلة المتوسط(الإعدادية)
106.....	VIII. العوامل التي تؤثر في برامج التربية الصحية

109.....	خلاصة.....
الفصل الثالث: سلوكيات الخطر	
111.....	تمهيد.....
112.....	أولاً: الصحة.....
112.....	أ. مفهوم الصحة.....
113.....	ب. درجات الصحة.....
114.....	ج. مجالات أو ميادين مفهوم الصحة.....
115.....	ثانياً: الخطر وعوامل الخطر.....
115.....	أ. الخطر.....
116.....	ب. عامل الخطر.....
117.....	ج. قياس العبء العالمي للأمراض و عوامل الخطر.....
119.....	ثالثاً: السلوك الصحي.....
120.....	أ. تعريف السلوك الصحي.....
122.....	ب. سلوك الخطر.....
124.....	ج. أهمية السلوكيات الصحية ودورها.....
126.....	د. العوامل المؤثرة في السلوك الصحي.....
127.....	هـ. الأسس النموذجية و المفاهيمية المفسرة للسلوك الصحي.....
127.....	1- أهم النماذج المفسرة للسلوك الصحي (الأسس النظرية).....
127.....	1-1 نموذج المعتقدات الصحية.....
131.....	2-1 نظرية الفعل المعقول ونظرية السلوك المخطط.....
134.....	3-1 نظرية الدافع للحماية.....
137.....	4-1 النموذج العبر نظري.....
139.....	5-1 مقارنة سيرورة الفعل الصحي.....
141.....	6-1 نظرية فعالية الذات.....
143.....	7-1 نموذج برسيد للتربية الصحية.....
144.....	8-1 نموذج تغيير السلوك بالتواصل أو بالإعلام.....
145.....	9-1 تغيير السلوكيات الضارة بالصحة من خلال نظرية الهندسة الاجتماعية.....
147.....	2- الأسس المفاهيمية.....
147.....	1-2 تنمية الصحة.....

148.....	2-2	التفاؤلية الدفاعية و التفاؤلية الوظيفية.
151.....	3-2	إدراك الخطر و التفاؤلية الدفاعية .
153.....	4-2	تعديل السلوك الخطر او غير الصحي.
155.....	5-2	انماط السلوك الصحي المعتمد عليها في هذه الدراسة.
159		رابعا: دراسات حول سلوكيات الخطر لدى المراهقين.
173.....		خلاصة.

الفصل الرابع: الوعي الصحي

175		تمهيد
176	I.	مفهوم الوعي الصحي.
182.....	II.	أهداف نشر الوعي الصحي.
184	III.	أهمية نشر الوعي الصحي.
185	IV.	المؤسسات المسؤولة عن نشر الوعي الصحي.
186.....		أولاً: الأسرة.
189.....		ثانياً: المدرسة.
192.....		ثالثاً: وسائل الإعلام.
196.....		رابعا: المساجد ودور العبادة.
196.....	V.	مجالات الوعي الصحي.
197.....		أولاً: الوعي الصحي الشخصي.
199.....		ثانياً: الوعي الصحي الغذائي.
203.....		ثالثاً: الوعي الصحي الرياضي.
210.....		رابعا: الوعي الصحي البيئي.
213.....		خامساً: الوعي الصحي الوقائي.
216.....	VI.	صفات الشخص الواعي صحياً.
217.....		خلاصة.

الجانب الميداني

الفصل الخامس: إجراءات الدراسة الميدانية

220.....	تمهيد.....
220.....	أولاً: إستشارة مديرية التربية لولاية باتنة.....
221.....	ثانياً: الدراسة الاستطلاعية.....
221.....	أ. إجراءات الدراسة الاستطلاعية.....
221.....	1- مجتمع الدراسة
221.....	2- الهدف من الدراسة الاستطلاعية.....
222.....	3- اختيار مجالات التربية الصحية التي سيحتويها برنامج التربية الصحية.....
225.....	4- عينة الدراسة الاستطلاعية.....
225.....	5- أدوات الدراسة.....
239	ب. برنامج التربية الصحية.....
239.....	1. مرتكزات إعداد البرنامج.....
240	2. فلسفة البرنامج.....
240.....	3. أهمية البرنامج.....
242.....	4. أهداف البرنامج.....
245.....	5. الحدود الإجرائية للبرنامج
246.....	6. خطوات إعداد البرنامج.....
247.....	7. أساليب تدريس البرنامج.....
248.....	8. الأنشطة والوسائل التعليمية المصاحبة للبرنامج.....
248.....	9. الأجهزة والوسائل المستعملة في البرنامج.....
249.....	10. تقييم محتوى البرنامج.....
250.....	11. التأكد من صلاحية البرنامج
251.....	12. التجريب الأولي للبرنامج.....
252	ثالثاً: الدراسة الأساسية.....
252.....	أ. منهج الدراسة.....
254.....	ب. المجانسة بين المجموعتين التجريبيية والضابطة.....
258.....	ج. البرنامج في صورته النهائية

270..... الأساليب الإحصائية المستعملة في الدراسة..... 270. IV

الفصل السادس: عرض ومناقشة النتائج

272 تمهيد 272

272..... أولاً: عرض ومناقشة النتائج..... 272

272..... 1. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الأولى..... 272

275..... 2. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية..... 275

277..... 3. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة..... 277

281..... 4. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة..... 281

283..... 5. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة..... 283

286..... 6. عرض ومناقشة نتائج الفرضية السادسة..... 286

288..... 7. عرض ومناقشة نتائج الفرضية السابعة..... 288

291..... 8. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثامنة..... 291

294..... 9. عرض ومناقشة نتائج الفرضية التاسعة..... 294

296..... 10. عرض ومناقشة نتائج الفرضية العاشرة..... 296

299..... 11. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الحادية عشر..... 299

302..... 12. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية عشر..... 302

304..... ثانياً: توصيات ومقترحات الدراسة..... 304

306..... خاتمة..... 306

309..... المراجع..... 309

الملاحق

قائمة الجداول

الصفحة	العنوان	الرقم
119	عوامل الخطر وارتباطها بالأمراض المزمنة	1
224	النسب المئوية لأهم مجالات التربية الصحية عند التلاميذ	2
224	النسب المئوية لأهم مجالات التربية الصحية عند أساتذة العلوم وأطباء الصحة المدرسية	3
227	العبارات التي تم الاتفاق على حذفها من مقياس سلوكيات الخطر حسب رأي الخبراء	4
227	يوضح العبارات التي تم الاتفاق على تعديلها في مقياس سلوكيات الخطر حسب رأي الخبراء	5
229	حساب الصدق لمقياس سلوكيات الخطر بطريقة المقارنة الطرفية	6
229	حساب الصدق الذاتي لمقياس سلوكيات الخطر	7
230	معامل الارتباط لكارل بيرسون بين ابعاد مقياس سلوكيات الخطر و الدرجة الكلية له	8
231	حساب ثبات مقياس سلوكيات الخطر بطريقة التطبيق وإعادة التطبيق	9
232	معامل ثبات مقياس سلوكيات الخطر بطريقة الفا كرونباخ	10
234	العبارات التي تم الاتفاق على تعديلها في مقياس الوعي الصحي حسب رأي الخبراء	11
235	حساب الصدق بطريقة المقارنة الطرفية لمقياس الوعي الصحي	12
236	حساب الصدق الذاتي لمقياس الوعي الصحي	13
237	حساب معامل الارتباط لكارل بيرسون بين ابعاد مقياس الوعي الصحي و الدرجة الكلية له	14
238	حساب ثبات مقياس الوعي الصحي بطريقة التطبيق وإعادة التطبيق	15

238	معامل ثبات مقياس الوعي الصحي بطريقة الفا كرونباخ	16
254	دلالة الفروق بين متوسطات الدرجات في القياس القبلي لمقياس سلوكيات الخطر بين افراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة	17
255	دلالة الفروق بين متوسطات الدرجات في القياس القبلي لمقياس الوعي الصحي بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة	18
256	دلالة الفروق بين متوسطات الدرجات في متغير السن بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة	19
257	دلالة الفروق بين متوسطات الدرجات في متغير المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي للأسرة بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة	20
272	نتائج قيمة اختبار ويلكوسون لدلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس سلوكيات الخطر	21
275	نتائج قيمة اختبار ويلكوسون لدلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة على مقياس سلوكيات الخطر	22
278	نتائج قيمة اختبار مان-ويتني لدلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس سلوكيات الخطر في التطبيق البعدي	23
281	نتائج قيمة اختبار ويلكوسون لدلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس الوعي الصحي	24
284	نتائج قيمة اختبار ويلكوسون لدلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة على مقياس الوعي الصحي	25
286	نتائج قيمة اختبار مان-ويتني لدلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الوعي الصحي في التطبيق البعدي	26
289	نتائج اختبار "كا ² " لدلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات مقياس سلوكيات الخطر لدى افراد المجموعة التجريبية حسب متغير المستوى التعليمي للام	27

292	نتائج اختبار "كا ² " لدلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات مقياس الوعي الصحي لدى افراد المجموعة التجريبية حسب متغير المستوى التعليمي للام	28
294	نتائج اختبار "كا ² " لدلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات مقياس سلوكيات الخطر لدى افراد المجموعة التجريبية حسب متغير معدل التحصيل الدراسي	29
297	نتائج اختبار "كا ² " لدلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات مقياس الوعي الصحي حسب متغير التحصيل الدراسي	30
299	نتائج قيمة اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية على مقياس سلوكيات الخطر	31
302	نتائج قيمة اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية على مقياس الوعي الصحي	32

قائمة الأشكال

الصفحة	العنوان	الرقم
113	مدى الارتباط بين أبعاد الصحة الثلاث	1
115	مجالات أو ميادين مفهوم الصحة	2
130	الشكل التمثيلي لنموذج المعتقدات الصحية	3
131	الشكل التمثيلي لنظرية الفعل المعقول ونظرية السلوك المخطط	4
136	الشكل التمثيلي لنظرية الدافع للحماية	5
141	الشكل التمثيلي لنظرية سيرورة الفعل الصحي 1992	6
143	نموذج التربية الصحية لـ Green	7

مقدمة:

لقد أدى التزايد المذهل والمخيف للأمراض المزمنة في الآونة الأخيرة وعلى رأسها: السكري، الأمراض القلبية الوعائية، السرطان... الخ إلى دق ناقوس الخطر من طرف جميع الباحثين والمهتمين بالصحة ومجالاتها من أطباء وعلماء، ولقد توصلت نتائج العديد من الدراسات في هذا المجال مثل دراسة برسلو وبيلوك Breslow et Belloc 1972 أن سبع سلوكيات مهمة يمكن أن تقي الإنسان من كل هذه الأمراض والمشكلات الصحية ومن بينها: التغذية الصحية والنشاط الرياضي. (Antonia, C. L And Kerry, C.2005 :p72)

ومن هنا يزداد التأكيد عن أهمية السلوك الصحي ودوره في الوقاية من خطر الإصابة بهاته الأمراض، وتوصلت الأبحاث في مجال علم نفس الصحة أن اتجاهات الفرد نحو الصحة وسلوكاته الصحية الممارسة عن وعي أو دون وعي، هي أهم ما يجب التركيز عليه من أجل وقايتها من المخاطر الصحية، وقد تنبه الباحثون إلى أن تبني هذه السلوكيات الصحية يكون في المراحل المتقدمة من حياة الإنسان لذا أي تدخل مبكر سيكون ذو فعالية كبيرة، وهذا من خلال التربية الصحية عن طريق تزويد الأفراد بمعلومات صحية صحيحة تحثهم على تبني سلوكيات صحية ايجابية، وتزويد الأطفال بمهارات اتخاذ القرار في المواقف المتعلقة بصحتهم. وتعتبر المنظمة العالمية للصحة أن التربية الصحية هي السلاح الأقوى للصحة العامة والتي يمكن من خلالها تنمية الوعي الصحي للأفراد وبالتالي تنمية صحتهم.

وتعتبر المدرسة من بين أهم مؤسسات المجتمع المسؤولة عن تنمية صحة أفرادها، وينظر إليها كأفضل القنوات المتاحة لتعزيز الصحة ، فقد توصل الباحثون في مجال الصحة والتربية أن المدرسة توفر توعية كبيرة لتعزيز الصحة للمجتمع ، والوقاية من كثير من المشكلات الصحية المتوقعة قبل حدوثها ، خصوصا مع الزيادة المذهلة للأمراض المزمنة والمستعصية ، مما حفز على ضرورة الاهتمام الجاد بأسباب المشكلات الصحية في سن مبكر.

ولقد تمخضت فكرة هذه الدراسة من خلال الحياة اليومية وما يعايشه أبناؤنا من سلوكيات أصبحت تهدد حياتهم الحالية والمستقبلية، فقد لاحظت الباحثة أن المراهقين يقومون بسلوكيات كثيرة يعتقدون أنها سليمة لكنها تحمل في طياتها أخطار كبيرة تهدد حياتهم، وقد يكون السلوك الغذائي الخطر من تناول للمشروبات الغازية ، تناول الكثير للسكريات، أكل رقائق البطاطس المحمرة

(chips)، بالإضافة إلى قلة التمارين الرياضية، الجلوس لأوقات كبيرة أمام التلفاز والحاسوب... الخ سلوكيات لابد من محاربتها لأنها مع ما تحمله المراهقة في طياتها من مخاطر ترجع إلى طبيعتها كمرحلة نمائية حساسة، يمكن أن تتحول تلك السلوكيات إلى عادات تمارس بدون وعي مما ينعكس سلبا على حياة أبنائنا.

وجاءت هذه الدراسة لمحاولة إضافة ولو الجزء القليل لهذا المجال محاولة البحث عن فعالية برنامج تربية صحية في تغيير مجموعة من سلوكيات الخطر وتنمية الوعي الصحي لدى المراهقين، واتخذت الباحثة تلاميذ السنة الثالثة من التعليم المتوسط كعينة ممثلة للمراهقة.

وحاولت الباحثة ورغم ما لاقته من صعوبات أثناء إجراء دراستها الشبه تجريبية، الإلمام بكل ما يتعلق بموضوع الدراسة عن طريق محاولتها التحكم في الكثير من النقاط التي ارتأت أن تظمنها في ستة فصول توزعت بين الجانب النظري والجانب التطبيقي، وقد شمل الجانب النظري بالإضافة إلى الإطار العام للدراسة ممثلا في : الإشكالية ،أهمية وأهداف البحث،الدراسات السابقة،الفرضيات،تحديد المصطلحات،على فصل ثاني خاص بالتربية الصحية تناولت فيه الباحثة مفاهيم التربية الصحية، أهدافها، مجالاتها،أسسها وأهم أساليبها، بالإضافة إلى الصحة المدرسية وصولا إلى العوامل المؤثرة في برامج التربية الصحية. ثم كان هناك الفصل الثالث والخاص بسلوكيات الخطر وتناول تعاريف للصحة، الخطر وسلوكيات الخطر ،الأسس النموذجية والمفاهيمية لسلوكيات الخطر كالنظريات المفسرة له والمفاهيم ذات العلاقة به كالوقاية ،تنمية الصحة ،التفاؤلية الدفاعية والوظيفية وأنماط السلوك الصحي المعتمد عليها في هذه الدراسة. واختتمت بدراسات حول سلوكيات الخطر لدى المراهقين.وتناول الفصل الرابع مفهوم الوعي الصحي، أهدافه، أهميته والمؤسسات المسؤولة عن نشره وأهم مجالاته.

أما الجانب التطبيقي فشمّل فصلين الخامس والسادس، وقد إحتوى الفصل الخامس على إجراءات الدراسة الميدانية حيث تم التطرق إلى الدراسة الاستطلاعية من خلال عينتها ،أدواتها ،ثم التطرق إلى خطوات إعداد البرنامج وصولا إلى الدراسة الأساسية وجمع البيانات و معالجتها إحصائيا ، وانتهت الدراسة بالفصل السادس الذي شمل عرض النتائج ومناقشتها ، خاتمة ثم توصيات واقتراحات .

الجانب النظري



الفصل الأول: الإطار العام
للدراسة

I. الإشكالية:

يؤثر النمط المعيشي مباشرة على صحة الفرد والمجتمع، وله ارتباط وثيق بالعديد من المشكلات الصحية ، والتي ارتفعت معدلات حدوثها وانتشارها ارتفاعا ملحوظا في مختلف دول العالم خصوصا في الآونة الأخيرة نتيجة للسلوكيات والأنماط المعيشية الخاطئة .

فمن بين 57 مليون وفاة حدثت في العالم في عام 2008 تسببت الأمراض غير السارية في 36 مليون وفاة أي 63 % من هذه الوفيات، وبشكل أساسي الأمراض القلبية الوعائية وداء السكري والسرطان وأمراض الجهاز التنفسي المزمنة. ومع زيادة تأثير الأمراض غير السارية، ومع تقدم السكان في العمر، من المتوقع أن تواصل الوفيات السنوية الناجمة عن الأمراض غير السارية ارتفاعها حول العالم. وعلى الرغم من الاعتقاد الشائع الذي يفترض أن الأمراض غير السارية تصيب في الغالب السكان ذوي الدخل المرتفع، تشير البيانات إلى أن ما يقارب 80% من الوفيات الناجمة عن الأمراض غير السارية في البلدان ذات الدخل الضعيف أو النامية. وحتى في الدول الأفريقية تزداد الإصابة بها بسرعة ومن المتوقع أن تتجاوز الإصابة بالأمراض السارية وأمراض الأمومة وأمراض الفترة المحيطة بالولادة والتغذية لتصبح السبب الأول للوفاة في عام 2030. وستصيب الدول النامية بنسبة 82% وبلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط بـ 70 % ، مقارنة ببلدان الشريحة العليا من الدخل المتوسط بـ 58 % والبلدان ذات الدخل المرتفع بـ 40%.

(منظمة الصحة العالمية، 2011: ص 1)

أما في الجزائر فنجد أن التحول الوبائي متقدم جدا والزيادة في حالات الإصابة بالأمراض المزمنة المختلفة واضح ،وعلى الرغم من أن المسؤولين على الصحة العامة والمشرفين على الصحة لديهم وعي عام حول زيادة حدوثها ، إلا أن هذه المشكلة عموماً لا تجد الاهتمام الذي

تستحقه ولم تدرس بما فيه الكفاية. كما أن الوعي بين عامة السكان حول النتائج والآثار المترتبة على السلوكيات الخطرة المتبناة من طرفهم منخفض جدا.

وقد بلغ عدد المصابين بمرض السكري في الجزائر حوالي 1.7 مليون شخص حسب الإحصائيات الرسمية، في وقت يدور الحديث حول احتمال جهل نصف مليون شخص في الجزائر لإصابتهم بهذا الداء الذي يصيب أيضا 80 ألف طفل، كما يمس آلاف الشباب الذين تتراوح أعمارهم ما بين 18 و 25 سنة، وهو ما يرجعه الأطباء إلى عدم ممارسة الرياضة، إلى جانب انتشار البدانة وتغير نمط المعيشة والاعتماد على الوجبات السريعة الغنية بالدهون.

(حنان س 07-11-2009)

وأشارت الجمعية الجزائرية لمرضى ارتفاع الضغط الدموي (SAHA) لسنة 2013 في الإحصائيات التي أجرتها إلى أن (35%) من الأشخاص البالغين 18 سنة فما فوق مصابون بارتفاع ضغط الدم الأساسي (HTA) أي أن 7 ملايين شخص مريض ب (HTA) في الجزائر، ومريض من بين 5 مرضى لا يتقبل علاجه وتحصي الجزائر سنويا حسب ما أشارت إليه (SAHA) 16 ألف حالة وفاة بالجلطة الدماغية (AVC) كمضاعف رئيسي لارتفاع ضغط الدم الأساسي .

(Ait Hamlat, A. 23 Décembre 2007)

أما السرطان فقد تجاوز 28000 حالة مكتشفة سنويا وتسبب في وفاة 21000 شخص عام 2008 ويتسبب السرطان في 12% من أسباب الوفيات من بين الأمراض غير السارية في الجزائر .وغالبا ما تكون التوقعات سلبية في ضوء ارتفاع نسبة عوامل الاخطار مثل السمنة (39% لدى الرجال) و (52% لدى النساء)، والتدخين (24% لدى الرجال)، والخمول البدني (31% من الرجال) و (47 % من النساء) ، مما يزيد احتمال الإصابة .

(WHO: 2013)

وتعد العادات الغذائية الغير الصحية والخمول البدني من أهم العوامل للإصابة بالعديد من الأمراض المزمنة حيث بينت دراسة مصيقر (2002) في مملكة البحرين أن هناك علاقة وطيدة بين نمط الحياة والتغذية والرياضة والإصابة بالأمراض المزمنة.

(مصيقر عبد الرحمن، 2002: ص 40-41)

ويمكننا تجنب 80 % من حالات مرضى شرايين القلب، و 90 % من حالات النوع الثاني من السكري، و 33 % منه حالات السرطان، اعتماداً على ثلاثة عوامل هي:

-التغذية الصحية

-النشاط الرياضي

-الامتناع عن السلوك الممرض مثل التدخين و تعاطي الكحول و المخدرات .

(زعطوط رمضان، د.ت: ص45)

وتشير دراسة ويتش وآخرين (Wiech, et al, 1991) إلى أن التغذية ترتبط بمشاكل البدانة وقصر القامة وأنيميا نقص الحديد، ولذلك فقد أوصت الدراسة بضرورة تقديم برامج الثقافة الغذائية لجميع أفراد الأسرة، وقد وجد أن هناك علاقة بين الإصابة بأمراض القلب والشرايين وتناول الدهون في الطعام من حيث كميتها ونوعيتها، فمثلاً يعتبر مستوى الكوليسترول في الدم من مؤشرات تصلب الشرايين عند الإنسان، وقد ثبت أيضاً أن أمراض القلب والدورة الدموية ترتبط بكمية ونوع البروتين وهل هو نباتي أم حيواني ؟ لذا فان التغذية الوقائية هي خير علاج لتجنب الإصابة بأخطر الأمراض.

(خالد زينب و يحيى سعيد، 2009)

والسلوكيات المؤدية لهذه المشكلات تبدأ منذ الصغر خاصة في السن المدرسي ويمكن الوقاية منها إذا تم التدخل المبكر بتغيير العادات والسلوكيات والأنماط المعيشية الخاطئة والغير صحية. ولقد أصبح دور المدارس في الوقاية من تلك الأمراض حيويًا ولا بد من تفعيله على كافة المستويات ، ولن يتسنى لنا هذا بسهولة لان فترة المتوسط والثانوي هي الفترة المتزامنة مع المراهقة هذه الفترة الانتقالية من العمر والتي تحمل في طياتها اشد مخاطر المرض والوفاة الناجمة عن أسباب ذات ارتباط وثيق بأنماط الحياة المحفوفة بالمخاطر التي تهدد الصحة ،وبسلوكيات الخطر السائدة في أوساط المراهقين ، كالعادات الغذائية السيئة ،الخمول البدني ، التدخين والسلوكيات الجنسية الخطرة. وتمثل الظروف الاجتماعية والاقتصادية التي تتغير بإيقاع سريع تحديات كبيرة للمراهق ، فيما يتعلق بالانتقال الآمن إلى مرحلة النضج، والذي ينبغي له أن يتم عن طريق انتهاج السلوك الصحي ومقاومة عوامل الخطر، ومن هنا كانت الوقاية من السلوكيات الخطرة وتعزيز الخيارات الصحية بين المراهقين على وجه الخصوص تؤدي إلى نتائج صحية ايجابية ، ولذلك تعتبر المراهقة مدخلا واسعا إلى تعزيز الصحة، فالمرهق الذي ينعم بالتربية الصحية اللازمة ويتزود بالوعي الصحي الضروري تتاح له فرصة أفضل ليصبح بالغا صحيح الجسم ومنتجا وأهلا لتحمل المسؤولية وحائزا للإمكانيات التي تتيح له الاضطلاع بالعمل المنتج الناجح .

ويطلق كل من جيسور وجيسور (Jessor & Jessor، 1993) على هذه المرحلة تسمية " طور الخطر " وتشير هذه التسمية إلى ارتفاع نمط الاستهلاك المليء بالمخاطر وشدته في هذه المرحلة العمرية وإلى الأهمية التنبؤية لأنماط السلوك الخطيرة على الصحة في سن المراهقة. وهذا ما يؤكد أن سن المراهقة هو السن المناسب لتوجيه الإجراءات الوقائية المنمية للصحة والحائة على

السلوك الصحي أيضا وبالتالي تشكل هذه السن هدفا مهما للوقاية من السلوكيات الخطرة والضارة بالصحة.

(رضوان سامر، 2010)

وتعتبر المدرسة من أهم المؤسسات التي يقع على عاتقها المسؤولية الكبيرة نحو فئة كبيرة من أفراد المجتمع والتي تمثل غالبيته، حيث تتعاون مع الأسرة في تربية الطفل في جميع المجالات وخاصة الصحية منها، لأن الأسرة كمؤسسة من مؤسسات التربية الصحية لا تستطيع أحيانا أن تقوم بعملية التربية وحدها نظرا لانتشار الأمية بين الوالدين وضعف المستوى الثقافي والصحي لديهم ومن هنا يقع على عاتق المدرسة تنمية الفرد ونقل الثقافة من جيل إلى آخر، لان التربية الصحية لتلاميذ المدارس هو في الحقيقة تربية صحية للأجيال القادمة.

وتشير الدراسات كدراسة الحساني (2004) ودراسة كارولي وليكرفانس (Caroli et Lagarvine 2002) إلى أن فئة المراهقين في المدارس هم عرضة لممارسة العديد من السلوكيات السلبية حيث تتمثل المشاكل الصحية التي تواجه المراهقين في السن المدرسي في أمراض سوء التغذية، والأمراض الناجمة عن أنماط الحياة غير السليمة، كقلة الحركة، والإصابات المختلفة الناجمة عن الحوادث والعنف والسلوكيات المحفوفة بالمخاطر كاستخدام التبغ والأدوية المخدرة... الخ كما تتمثل السلبيات الصحية لدى الطلبة بوجود مشاكل نفسية وسلوكية، وأمراض ذات أولوية فيما بينهم كمشاكل البصر والسمع، وأمراض الفم والأسنان علاوة على الأمراض المزمنة والمعدية إلى جانب نقص في معارف الطلبة حول الصحة الإنجابية .

(محمد علي، 2007 : ص 188)

وكشفت نتائج دراسة أجريت في مخبر التغذية الإكلينيكية والأبضية بجامعة وهران، حول العادات الغذائية السيئة لدى المراهقين في المدارس، أن 13 % من الأطفال دون 17 سنة يعانون من وزن زائد، وهؤلاء لديهم متوسط ضغط الدم عال، ما يزيد من خطورة الإصابة بارتفاع ضغط الدم. واقتصر النشاط الرياضي لهؤلاء المراهقين على ساعتين في الأسبوع، أي أقل بكثير من المتوسط الذي توصي به منظمة الصحة العالمية، والذي يدعو إلى نشاط بدني لا يقل عن ساعة يوميا. كما بينت نتائج الدراسة أن 40 % من هؤلاء المراهقين يقضون أكثر من ساعتين في اليوم أمام الكمبيوتر وجهاز التلفزيون الذي يفضلون تناول الأكل أمامه. وتعكس الأرقام التي خلصت إليها الدراسة وجود علاقة بين سوء التغذية وزيادة الوزن في نفس البيئة، إذ أن 16 % من عينات الدراسة لديهم تأخر في القوام والنمو، 13 % لديهم زيادة في الوزن و5% يعانون من السمنة .

(حراز سلمى، 03 فيفري 2014)

و تهدف التربية الصحية إلى التعديل الإيجابي للسلوك المتعلق بالصحة وذلك من خلال التأثير المباشر وغير المباشر على مستويات المعرفة والدافع والاتجاهات وظروف الحياة أي على الوعي الصحي بصفة عامة، وتتوجه إلى المجموعات والأفراد وتستند بشكل خاص إلى النشاطات التي تجري ضمن الأسرة والمؤسسات التربوية والتعليمية من أجل إيصال المعارف والمهارات والكفاءات اللازمة التي تتيح إمكانية النمو الذاتي وتنمية السلوك والوعي الصحي.

و من هنا جاءت هذه الدراسة التي حاولت الباحثة من خلالها إعداد برنامج للتربية الصحية وتطبيقه على عينة من المراهقين متمثلة في تلاميذ السنة الثالثة من التعليم المتوسط وذلك من أجل الإجابة على التساؤل التالي:

ما فعالية برنامج تربية صحية في تغيير سلوكيات الخطر وتنمية الوعي الصحي لدى المراهقين ؟

والذي تنبثق منه الأسئلة التالية:

- 1) هل توجد فروق بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس سلوكيات الخطر؟
- 2) هل توجد فروق بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي على مقياس سلوكيات الخطر؟
- 3) هل توجد فروق بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس سلوكيات الخطر؟
- 4) هل توجد فروق بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الوعي الصحي؟
- 5) هل توجد فروق بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الوعي الصحي؟
- 6) هل توجد فروق بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس الوعي الصحي؟
- 7) هل توجد فروق بين متوسط رتب درجات سلوكيات الخطر لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج التربية الصحية حسب المستوى التعليمي للام؟.
- 8) هل توجد فروق بين متوسط رتب درجات الوعي الصحي لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج التربية الصحية حسب المستوى التعليمي للام؟.
- 9) هل توجد فروق بين متوسط رتب درجات سلوكيات الخطر لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج التربية الصحية حسب معدل التحصيل الدراسي؟.
- 10) هل توجد فروق بين متوسط رتب درجات الوعي الصحي لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج التربية الصحية حسب معدل التحصيل الدراسي؟.

11) هل توجد فروق بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس سلوكيات الخطر؟.

12) هل توجد فروق بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس الوعي الصحي؟.

II. أهمية البحث:

إن أهمية مرحلة المراهقة كمرحلة حاسمة من مراحل حياة الإنسان تؤكد الحاجة إلى تطبيق برامج خاصة بالتربية الصحية للمراهقين بشتى الطرق والأساليب المتاحة ، وذلك بالاستعانة بالإعلام والتثقيف والاتصال المباشر بالمراهق، وضرورة إيجاد السبل المبتكرة لتوصيل الرسائل الصحية ، والتركيز على استنباط وسائل الاتصال اللازمة لتعزيز صحة المراهقين وتنميتهم، لأن التدخل المبكر من شأنه الحد من المشكلات الصحية التي يعانيها المجتمع الجزائري خصوصا مثل: السمنة، ارتفاع ضغط الدم ،داء السكري والأمراض الجنسية... الخ التي لها ارتباط وثيق بسلوكيات خطر وعادات صحية خاطئة تمارس أثناء فترة المراهقة، ومن هنا تتجلى أهمية البحث في:

- الانتشار الكبير والمتفقم للأمراض المزمنة في الجزائر في الآونة الأخيرة وحسب ما تم ذكره سابقا من إحصائيات والذي يرجعه المختصون إلى نمط المعيشة الخاطئ، بالإضافة إلى السلوكيات الخطرة المتعلقة بالصحة المنتهجة من طرف الأفراد منذ الصغر.
- إن المطلاع على كتب التربية العلمية المقررة في مرحلة المتوسط، والتي من الممكن أن تحتوي مواضيع صحية يلاحظ النقص الكبير وافتقارها إلى مواضيع تمس الحياة الصحية للمراهق.

- يمكن أن تساعد هذه الدراسة المهتمين بالمجال التربوي وإعداد المناهج التربوية في الانتباه إلى ضرورة تضمين كتب التربية العلمية بأكبر قدر ممكن من المواضيع الصحية وفي شتى المجالات، أو حتى إعداد منهاج مستقل للتربية الصحية هدفه توضيح الأمور والمشكلات الصحية وتنمية وعي المراهقين صحيا وتربيتهم تربية صحية تتماشى مع طبيعة المرحلة التي يمرون بها وإعدادهم صحيا ليصبحوا مواطنين أصحاء قادرين على العمل والعطاء.
- يمكن الاستفادة من البرنامج المقترح في هذه الدراسة في مراحل عمرية أخرى ومراحل تعليمية سابقة أو لاحقة.

III. أهداف البحث:

1- الأهداف التطبيقية:

- بناء واقتراح برنامج في التربية الصحية ودراسة فعاليته في تغيير سلوكيات الخطر وتنمية الوعي الصحي لدى المراهقين.
- بناء مقياس سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة ومقياس الوعي الصحي للتعرف على مستواها لدى تلاميذ السنة الثالثة من التعليم المتوسط.
- التعرف على تأثير برنامج التربية الصحية المعد من طرف الطالبة الباحثة والمتمثل في وحدتي صحتك في غذائك ووحدة في الحركة بركة على تغيير سلوكيات الخطر وتنمية الوعي الصحي لدى المراهقين .
- الكشف عن الفروق بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والضابطة في القياسين القبلي والبعدي على مقياس سلوكيات الخطر .
- الكشف عن الفروق بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس سلوكيات الخطر.

- الكشف عن الفروق بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والضابطة في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الوعي الصحي.
- الكشف عن الفروق بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس الوعي الصحي.
- الكشف عن الفروق بين متوسط رتب درجات سلوكيات الخطر وبين متوسط رتب درجات الوعي الصحي لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج التربية الصحية حسب المستوى التعليمي للام.
- الكشف عن الفروق بين متوسط رتب درجات سلوكيات الخطر وبين متوسط رتب درجات الوعي الصحي لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج التربية الصحية حسب معدل التحصيل الدراسي.
- الكشف عن الفروق بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس سلوكيات الخطر وعلى مقياس الوعي الصحي.

2- الأهداف النظرية:

- محاولة مسح الإسهامات النظرية السابقة حول متغيرات الدراسة: التربية الصحية، سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة والوعي الصحي وأيضا حول عينة الدراسة المتمثلة في المراهقين.
- تسهم الدراسة الحالية في تقديم برنامج مقترح من شأنه الارتقاء بمستوى الوعي الغذائي والرياضي لدى التلاميذ ويمكن أن يستفيد منه الباحثون في المجال .
- تأتي هذه الدراسة للفت انتباه الأولياء والقائمين على العملية التعليمية بان سلوكيات الخطر أصبحت تهدد حياة أبنائنا حاضرا ومستقبلا، لذا يجب الاهتمام أكثر ببرامج التربية الصحية وفي

كل مجالاتها، وتنمية الوعي الصحي من أجل وقايتهم من المشكلات الصحية والأمراض المزمنة.

- تغيير سلوكيات الخطر وتنمية الوعي الصحي لدى المراهقين من الدراسات التي لم تلق الاهتمام المستحق من طرف الباحثين رغم الإحصائيات الخطيرة حول تدنيها في المجتمع الجزائري لذا تأتي هذه الدراسة لتضيف جانبا من المعارف والمعلومات التي يمكن أن تكون بداية لأبحاث أخرى.

IV. الدراسات السابقة

دراسات تناولت التربية الصحية

الدراسة الأولى:

هدفت دراسة هوميل وزملائه Homel et al. 1980 إلى تقديم برنامج مدرسي تجريبي في التربية الصحية في استراليا يهتم بالتغيرات الايجابية والسلوكية والنفسية ، وطبقت الدراسة على عينة عنقودية من 1850 طالبا في المدارس الثانوية والإعدادية ، تم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبية وضابطة ،وقد بينت الدراسة أن العينة التجريبية سجلت تقدما ملحوظا بموضوع المعرفة الصحية والأحوال الجسمية والنفسية والعادات الصحية والتدخين واستهلاك الكحول وكان التقدم في النتائج ملحوظا في المدارس الثانوية أكثر منه في الإعدادية ، وقد خلصت الدراسة إلى نتيجة مفادها أن المدارس التجريبية شهدت زيادة اكبر من المدارس الضابطة فيما يتعلق بموضوع المعلومات ، والسلوكيات الصحية والنفسية ، أما في المدارس الإعدادية فقد كشفت النتائج انه لا يوجد فروق واضحة ذات دلالة إحصائية.

(طلافة عبد الله و ابو حسان سائدة ، 2007)

الدراسة الثانية:

هدفت دراسة المركز القومي للبحوث التربوية لدول الخليج العربي 1982 إلى التعرف على واقع التربية الصحية في مناهج المرحلة المتوسطة في الدول العربية المختلفة لجميع المواد الدراسية، وإجراء مقارنة في مجال التربية الصحية بين المواد الدراسية من جهة، وبين الدول المعنية من جهة أخرى. وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- لم تقتصر التربية الصحية على مادة العلوم وحدها، وهي المادة ذات العلاقة المباشرة بالتربية الصحية، فقد أعطت مناهج المواد الدراسية الأخرى عناية واضحة بها، وهذا ما يؤكد الاهتمام بمبدأ التكامل بين المواد الدراسية من ناحية، والارتباط الوثيق بين الجانب الصحي والتربوي بشكل عام في تعديل سلوك الطالب من ناحية أخرى.
- برزت التربية الصحية في مقررات أربع مواد دراسية بشكل واضح وهي العلوم والتربية الرياضية والتربية الأسرية والتربية الدينية.

(المركز القومي للبحوث التربوية لدول الخليج العربي، 1982)

الدراسة الثالثة:

هدفت دراسة هولاند (U. Holund) 1990 إلى التعرف على اثر برنامج مقترح للمعرفة الغذائية عن طريق تدريس السلوكيات الغذائية على رفع الوعي الغذائي والعادات الغذائية لدى التلاميذ والتلميذات، وذلك لمجموعة من المراهقين، ولتحقيق ذلك استخدم الباحث المنهج شبه التجريبي، حيث طبقت الدراسة على عينة من التلاميذ ذكور وإناث في سن (14) سنة، وبلغ عدد أفراد المجموعة التجريبية 64 تلميذاً وتلميذة، بينما بلغ عدد أفراد المجموعة الضابطة (63) تلميذاً وتلميذة، وتم تطبيق الدراسة على 4 مدارس في الدنمارك، وأسفرت نتائج الدراسة عن الأثر الايجابي

للبرنامج في رفع مستوى الوعي الغذائي لدى تلاميذ وتلميذات المجموعة التجريبية ، وتحسن في العادات الغذائية لديهم خاصة لدى الإناث بعد الانتهاء من تدريس البرنامج.

(Holund ,U, 1990)

الدراسة الرابعة:

وقد هدفت دراسة ليفي (Leavy) 1992 إلى تقييم مدى تأثير برنامج تنقيفي صحي على سلوك طلاب الصف الأول في مدرستين من مدراس الولايات المتحدة الأمريكية حيث طبقت دراستها على مجموعتين: أحدهما ضابطة، وأخرى تجريبية تعرضت إلى هذا البرنامج الصحي حيث تناول هذا البرنامج موضوعين مهمين وهما :- الطريقة الصحيحة لتنظيف الأسنان ،وزيارة طبيب الأسنان المتكررة وعند ملاحظة الباحثة لسلوك المجموعتين الضابطة والتجريبية لوحظ التطور الواضح في ثقافة ، وسلوك الطلبة الذين تعرضوا إلى البرنامج الصحي فقد أخذ هؤلاء الطلاب يتبعون الطريقة الصحيحة في تنظيف أسنانهم مرتين يومياً، وبدؤوا بزيارة طبيب الأسنان دورياً وتكونت عندهم مواقف إيجابية من قضايا صحية أخرى ،وخلصت الباحثة إلى أهمية الزيارات، والبرامج التنقيفية الصحية في تربية أطفال متقنين أصحاء، وأوصت بضرورة متابعة ذلك.

(القرني حسن، 2008)

الدراسة الخامسة:

هدفت دراسة محمود 1994 إلى معرفة تأثير دراسة منهج الصحة العامة للصف الأول بالكلية على تعديل السلوك الصحي لطالبات الفرقة الأولى ، ومعرفة تأثير دراسة منهج التربية الصحية للصف الرابع بالكلية على تعديل السلوك الصحي لطالبات الفرقة الرابعة والمقارنة بين طالبات الفرقة الأولى والرابعة بعد دراستهن مقرر الصحة العامة للأولى والتربية الصحية للرابعة من حيث

السلوك الصحي والعادات الصحية المدرسية . واتبعت الباحثة المنهج الوصفي باستخدام الدراسات المسحية. تم اختيار عينة البحث بطريقة عشوائية من طالبات كلية التربية الرياضية بالجزيرة بواقع 100 طالبة من الفرقة الأولى و 100 طالبة من الفرقة الرابعة وتراوحت أعمار طالبات الفرقة الأولى ما بين 17-20 سنة وتراوحت أعمار طالبات الفرقة الرابعة بين 20-23 سنة. واستعانت الباحثة في جمع البيانات على إستبيان السلوك الصحي المعد من طرفها وكانت نتائج الدراسة كالتالي:

- لمنهج الصحة العامة الذي تدرسه الطالبة بالفرقة الأولى والذي يتضمن الصحي. من الموضوعات حول العادات الغذائية والصحة الشخصية وصحة البيئة والأمراض المعدية تأثيراً إيجابياً في تعديل السلوك الصحي.

- لمنهج التربية الصحية للمرحلة الرابعة بالكلية والذي يتضمن مجموعة من الموضوعات حول العادات الغذائية والصحة المدرسية والعقاقير والتدخين تأثيراً إيجابياً في تعديل السلوك الصحي. - نسبة التحسن المئوي في محاور العادات الغذائية والبيئة كانت لصالح الفرقة الرابعة . - نسبة التحسن المئوي للسلوك الصحي للطالبات في محاور الصحة الشخصية لصالح الفرقة الرابعة .

(محمود آمال، 1994)

الدراسة السادسة:

هدفت دراسة إسماعيل 2000 إلى التعرف على مدى فعالية وحدة دراسية مقترحة في التربية الصحية للوقاية من الايدز والأمراض المنقولة جنسيا لتلاميذ الصف الثالث إعدادي بجمهورية مصر العربية ،ومعرفة أثر الجنس في تحقيق بعض أهداف التربية الصحية للوقاية من مرض الإيدز

والأمراض المنقولة جنسيا ،تمثلت عينة الدراسة في مجموعة عشوائية من مدرستين إحداهما للبنات وأخرى للبنين في محافظة الجيزة للمرحلة الإعدادية واستخدم الباحث المنهج التجريبي والبنائي في إعداد الوحدة الدراسية المقترحة معتمدا على اختبار تحصيلي في موضوعات ومفاهيم الوحدة المقترحة ،ومقياس للاتجاهات نحو الوقاية من مرض الإيدز والأمراض المنقولة جنسيا .وكانت نتائج البحث كالتالي :

- يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات التلاميذ (بنين) في الاختبار التحصيلي قبل وبعد دراسة الوحدة المقترحة لصالح التطبيق البعدي .

- يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات التلاميذ المجموعة الكلية للبحث (بنين وبنات) في الاختبار التحصيلي قبل وبعد دراسة الوحدة المقترحة لصالح التطبيق البعدي .

- يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات التلاميذ (بنين) في مقياس الاتجاهات نحو الوقاية من مرض الإيدز والأمراض المنقولة جنسيا قبل وبعد دراسة الوحدة المقترحة لصالح التطبيق البعدي .

- يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات التلميذات (بنات) في مقياس الاتجاهات نحو الوقاية من مرض الإيدز والأمراض المنقولة جنسيا قبل وبعد دراسة الوحدة المقترحة لصالح التطبيق البعدي.

يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات التلاميذ و التلميذات في مقياس الاتجاهات نحو الوقاية من مرض الإيدز والأمراض المنقولة جنسيا قبل وبعد دراسة الوحدة المقترحة لصالح التطبيق البعدي . (إسماعيل مجدي،2000)

الدراسة السابعة:

هدفت دراسة عبد السلام 2001 إلى إعداد برنامج تربية صحية ودراسة أثره على الثقافة الصحية لتلاميذ الصفوف الثلاثة الأولى من المرحلة الابتدائية ، واستخدم الباحث المنهج المسحي لتحديد القائمة الرئيسية لمقياس الثقافة الصحية ، وإعداد برنامج التربية الصحية المقترح والمنهج التجريبي للتعرف على اثر تطبيق البرنامج على تلاميذ الصفوف الثلاثة الأولى من المرحلة الابتدائية ، واشتملت العينة على 1200 تلميذ وتلميذة تم اختيارهم بطريقة عشوائية، وقام الباحث ببناء مقياس الثقافة الصحية وإعداد برنامج للتربية الصحية، وكانت أهم النتائج أن تدريس برنامج التربية الصحية المقترح لتلاميذ الصفوف الثلاثة الأولى من المرحلة الابتدائية قد أدى إلى تحسن مستوى الثقافة الصحية لديهم وقد بلغت نسبة التحسن 30.3، وأوصت الدراسة بضرورة تطبيق برنامج التربية الصحية المقترح لتلاميذ الصفوف الثلاثة الأولى من المرحلة الابتدائية وإعادة النظر في برنامج الصحة المدرسية بحيث تتضمن الثقافة الصحية بالنسبة لتلاميذ الصفوف الثلاث الأولى من مرحلة التعليم الابتدائي.

(عبد السلام احمد، 2001)

الدراسة الثامنة:

هدفت دراسة أبو قمر 2002 إلى بناء برنامج مقترح في التربية الصحية لطلبة المرحلة العليا الأساسية بغزة وقام الباحث بتحليل أهداف ومحتوى منهاج العلوم للصف التاسع لتحديد مفاهيم التربية الصحية. وقام الباحث بقياس مستوى الثقافة الصحية لدى طالبات الصف التاسع مما أظهر تدني في المستوى. وصمم الباحث برنامجاً وأجرى الدراسة التجريبية على 80 طالبة من طالبات الصف

التاسع وأظهرت نتائج الدراسة فعالية البرنامج المقترح في تنمية الثقافة الصحية واكتساب الاتجاهات الصحية.

(أبو قمر باسم، 2002)

الدراسة التاسعة:

هدفت دراسة صالح 2002 للتعرف على فاعلية برنامج مقترح في التربية الصحية، في تنمية التنور الصحي لدى تلاميذ المرحلة الإعدادية بشمال سيناء، و اتبع الباحث المنهج شبه التجريبي ذي المجموعة التجريبية الواحدة، و تكونت عينة الدراسة من (84) تلميذاً من تلاميذ الصف الثاني الإعدادي، ولإجراء الدراسة قام الباحث ببناء وحدة دراسية و إعداد دليل المعلم لتدريس الوحدة، كذلك قام الباحث بإعداد اختبار التنور الصحي لتلاميذ المرحلة الإعدادية، وتوصل الباحث إلى أنه يوجد فرق دال إحصائياً عند مستوى (0.01) بين متوسطي درجات تلاميذ المجموعة التجريبية في التطبيق القبلي و البعدي لصالح التطبيق البعدي وبناء على النتائج فقد أوصى الباحث بضرورة الاهتمام بالتربية الصحية، و بناء منهج مستقل يعمل على تحقيق أهداف التربية الصحية.

(صالح صالح، 2002)

الدراسة العاشرة:

هدفت دراسة عبده 2003 إلى إعداد برنامج لتنمية المفاهيم الصحية لدى طلبة الصف السادس الأساسي بمحافظة غزة والتعرف على المفاهيم الصحية الواجب توافرها لديهم. واستخدمت في هذه الدراسة قائمة بالمفاهيم الصحية الواجب توافرها لدى طلبة الصف السادس الأساسي بمحافظة غزة من إعداد الباحث بالإضافة إلى البرنامج المعد من طرف الباحث. وأوصت الدراسة بضرورة إعادة النظر في الخطط الدراسية لطلبة الصف السادس الأساسي بحيث تضمن برنامجاً في التربية الصحية يدرسه الطلبة مع تأكيد محتوى البرنامج على القضايا والمفاهيم الصحية

وتلبية حاجات الطلبة الصحية وتوفير المواقف التعليمية المناسبة لمساعدة الطلبة على اكتساب المفاهيم والمهارات اللازمة لاستقصاء المشاكل والسلوكيات الصحية، كما أوصت بزيادة حجم الموضوعات المتعلقة بالمفاهيم الصحية من خلال مناهج الصف السادس.

(عبدہ ياسين، 2003)

الدراسة الحادية عشر:

هدفت دراسة انيونغو وزملائه Onyango et al 2004 إلى معرفة تأثير برنامج موجه في التربية الصحية على المفاهيم الصحية والمرضية لدى أطفال المدارس في منطقة بوندو في غرب كينيا خاصة في مرضي الملا ريا والإسهال ، وقد طبق البرنامج على 40 مدرسة للأطفال ما بين سن 10 و 15 سنة لمدة شهرين ، وللحصول على البيانات تم إتباع تقنية المقابلات عن طريق السحب العشوائي من العينة الكلية ، وبعد إجراء الإحصائيات المناسبة مثل النسب المئوية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ، توصل الباحث إلى أن الطلاب اكتسبوا مفاهيم صحية جديدة ، وان هناك إمكانية لتعديل وتوسيع المفاهيم الصحية والمرضية للمتعلمين من خلال التربية الصحية الموجهة.

(Onyango-Ouma .W. Aagaard-Hansen.J. and Jensen, B. B : 2004)

الدراسة الثانية عشر:

هدفت دراسة أبو زائدة 2006 إلى معرفة فعالية برنامج بالوسائط المتعددة على تنمية المفاهيم الصحية والوعي الصحي لدى طلاب الصف السادس الأساسي في محافظات غزة .وقد استخدم الباحث الأسلوب البنائي لبناء برنامج بالوسائط المتعددة ، فيما استخدم الأسلوب التجريبي لمعرفة تأثير البرنامج على عينة مكونة من 60 طالب تم تقسيمها إلى مجموعة تجريبية وأخرى

ضابطة، واستعان الباحث باختبار تحصيلي مكون من 28 فقرة تغطي جميع المفاهيم التي تم استخراجها من الوحدة موضوع الدراسة، ومقياس اتجاه لقياس الوعي الصحي مكون من 20 فقرة. توصل الباحث إلى النتائج التالية:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات طلبة المجموعة التجريبية ودرجات المجموعة الضابطة في اختبار المفاهيم الصحية يعزى للبرنامج المقترح.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية متوسط درجات طلبة المجموعة التجريبية ودرجات المجموعة الضابطة في مقياس الوعي الصحي يعزى للبرنامج المقترح.
- توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين درجات طلبة الصف السادس الأساسي في اختبار المفاهيم الصحية ودرجاتهم في مقياس الوعي الصحي.
- فعالية برنامج الوسائط المتعددة على تنمية المفاهيم الصحية والوعي الصحي لدى طلاب الصف السادس الأساسي في محافظات غزة.

(أبو زائدة حاتم، 2006)

الدراسة الثالثة عشر:

هدفت دراسة عبد الله 2006 إلى التعرف على أثر تدريس مساق الصحة والرياضة على تغيير اتجاهات طلبة كلية التربية بجامعة البحرين نحو ممارسة النشاط البدني، كذلك معرفة أثر تدريس المساق على تغيير اتجاهات الطلبة نحو ممارسة النشاط البدني بحسب الجنس، والتخصص الأكاديمي، والسنة الدراسية، والخبرة السابقة في ممارسة النشاط البدني. تكونت عينة الدراسة من (75) طالباً وطالبة (منهم 61 من الإناث، و 14 من الذكور) من طلبة كلية التربية. استعان الباحث بالمنهج الوصفي بأسلوبه المسحي وأسفرت الدراسة عن النتائج التالية:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تغيير اتجاهات الطلبة عينة الدراسة نحو ممارسة النشاط البدني.
 - وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تغيير اتجاهات الطلبة نحو ممارسة النشاط البدني تعزى لمتغير الجنس، وذلك لصالح الإناث.
 - وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تغيير اتجاهات الطلبة نحو ممارسة الأنشطة البدنية تعزى لمتغير الخبرة السابقة في ممارسة النشاط البدني، وذلك لصالح الطلبة الذين ليس لديهم خبرة سابقة.
 - وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تغيير اتجاهات الطلبة نحو ممارسة النشاط البدني تعزى لمتغير التخصص الأكاديمي، وذلك لصالح طلبة تخصص علم النفس.
 - عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تغيير اتجاهات الطلبة نحو ممارسة النشاط البدني تعزى لمتغير السنة الدراسية.
- واستنتج الباحث أن مساق الصحة والرياضة وما يتضمنه من مفاهيم ومعلومات لها تأثير إيجابي في تغيير اتجاهات الطلبة نحو ممارسة الأنشطة البدنية. كما أوصى الباحث بضرورة طرح هذا المساق كمساق إجباري لجميع طلبة الجامعة بدلاً من أن تكون مقتصرة على طلبة كلية التربية.

(عبد الله فيصل ، 2006)

الدراسة الرابعة عشر:

هدفت دراسة العمودي 2007 إلى بناء برنامج مقترح للتربية الصحية لتلميذات المرحلة المتوسطة وذلك لتنمية بعض عناصر التنور الصحي لديهن ، ودراسة فعالية وحدة مقترحة من البرنامج المقترح في التربية الصحية على تنمية بعض عناصر التنور الصحي (اكتساب المعلومات الصحية - الاتجاهات الصحية - القدرة على اتخاذ القرار) نحو الموضوعات والمشكلات الصحية

التي تناولتها الوحدة المقترحة. وقد استخدم هذا البحث المنهج الوصفي في الجزء الخاص ببناء البرنامج ، كما استخدم البحث أحد التصميمات شبه التجريبية وهو تصميم المجموعات المتكافئة في التعرف على فعالية البرنامج المقترح للتربية الصحية .

وتكونت عينة البحث من عينة عشوائية من تلميذات المرحلة المتوسطة بمكة المكرمة وبلغ عددها (136) تلميذة، منها (68) تلميذة في المجموعة الضابطة) و(68) تلميذة في المجموعة التجريبية). وقد أسفر البحث عن النتائج التالية:

1- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 ، بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي والبعدي في اختبار اكتساب المعلومات الصحية وفي مقياس الاتجاه الكلي وأبعاده الثلاثة وفي مقياس اتخاذ القرار وبعديه وفي مقياس التنور الصحي الكلي لصالح التطبيق البعدي.

2- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0,05 ، بين متوسطي درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في التطبيق البعدي في اختبار اكتساب المعلومات الصحية وفي مقياس الاتجاه الكلي وأبعاده الثلاثة وفي مقياس اتخاذ القرار وبعديه وفي مقياس التنور الصحي الكلي لصالح المجموعة التجريبية.

3 - عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة الضابطة في التطبيق القبلي والبعدي في اختبار اكتساب المعلومات الصحية وفي مقياس الاتجاه الكلي وأبعاده الثلاثة ، وفي مقياس اتخاذ القرار وبعديه ، وفي مقياس التنور الصحي الكلي.

(العمودي هالة، 2007)

الدراسة الخامسة عشر:

هدفت دراسة الجرجاوي و أغا 2011 للتعرف على واقع تطبيق التربية الصحية في مدارس التعليم الحكومي بمدينة غزة وقد استخدم الباحثان المنهج الوصفي التحليلي في الدراسة ، وقام الباحثان بتطبيق استبانته من إعدادهما على عينة من المشرفين على التربية الصحية تكونت من (129 فرداً أخذت بطريقة عشوائية بسيطة من (50) مدرسة من المدارس الحكومية بمدينة غزة، وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها :

- أن المدرسة تراقب البيئة الصحية المدرسية بعناية حيث سجلت وزن نسبي (91.469) كما أن للمدرسة دور في تقديمها خدمات الرعاية الصحية للتلاميذ والمدرسين حيث سجلت وزن نسبي (87.51) بالإضافة إلى دورها في التنقيف الصحي للتلاميذ حيث سجلت وزن نسبي (83.45).

- أن المدرسة تقوم بتطبيق التربية الصحية حيث سجلت وزن نسبي(87.33) .

هذا وقد أوصى الباحثان بمجموعة من التوصيات أهمها :ضرورة تفعيل دور المعلم في مجال الصحة المدرسية عن طريق عقد دورات خاصة له بهذا الموضوع والاهتمام بالمشاركة بين التلاميذ والمدرسين والإداريين بالمدرسة والعمل بروح الفريق.

(الجرجاوي زياد وأغا محمد،2011)

الدراسة السادسة عشر:

هدفت دراسة الحايك 2013 إلى تقييم فاعلية برنامج تدريبي لتنمية مهارات الرعاية الصحية الأولية للعاملين في مراكز التربية الخاصة مع الأطفال التوحديين، في محافظتي عمان والزرقاء . والتعرف على العلاقة بين فاعلية البرنامج، ومتغير سنوات الخبرة .وقد تم إعداد مقياس للكشف عن أداء العاملين مع الأطفال التوحديين وتكون من 53 فقرة توزعت على خمسة أبعاد رئيسية وهي:

الصحة الجسمية، الصحة النفسية، الصحة البيئية، الصحة الغذائية، والسلوك التكيفي. وطبق المقياس على عينة مكونة من 30 عاملة، تم تقسيمهن إلى مجموعتين، إحداهما ضابطة والأخرى تجريبية، بطريقة عشوائية. وقد أظهرت نتائج الدراسة ما يلي:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \leq 0.05)$ بين المجموعة التجريبية والضابطة، على مقياس مهارات الرعاية الصحية الأولية للأبعاد الخمسة، يعزى لأثر البرنامج.

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \leq 0.05)$ بين المجموعة التجريبية والضابطة، على مقياس مهارات الرعاية الصحية الأولية، يعزى لسنوات الخبرة .

(الحايك أحمد، 2013)

الدراسة السابعة عشر:

هدفت دراسة حسين و ضيدان التعرف على دور البرامج والإعلانات الصحية والتي تبث عبر القنوات الإذاعية والتلفزيونية المحلية في نشر الثقافة والوعي الصحي لدى طلبة الجامعات العراقية في مدينة بغداد . واستخدم المنهج المسحي في البحث وكذلك الاستبيان لتحقيق أهداف البحث العلمية. وزعت الاستمارة على 200 مبحوث مناصفة من طلبة الجامعة المستنصرية وجامعة الإمام جعفر الاهلية باستخدام أسلوب عينة الصدفة . وتم اعتماد 120 استمارة وأهملت 80 استمارة بسبب عدم متابعة هؤلاء المبحوثين لبرامج وإعلانات التوعية الصحية . بينت نتائج البحث الميدانية أن 60 % من المبحوثين يستمعون ويشاهدون برامج واعلانات التوعية والتنقيف الصحي عبر القنوات الإذاعية والتلفزيونية المحلية. وأظهرت النتائج أن 19.7 % من المبحوثين يفضلون القنوات التلفزيونية في متابعة برامج التوعية الصحية. وكانت معرفة مخاطر الأمراض وزيادة الوعي الصحي والوقاية من

الأمراض المعدية والانتقالية و كذلك معرفة مواعيد اللقاحات والحفاظ على صحة الأطفال من أهم الدوافع التي جعلت المبحوثين يهتمون بالاستماع ومشاهدة برامج التوعية والتثقيف الصحي. وأشارت النتائج أن أكثر من 79% من المبحوثين يدركون أن وزارة الصحة العراقية هي التي تمول برامج التوعية الصحية.

(حسين عبد الأمير و ضيدان خديجة، د.ت)

الدراسة الثامنة عشر:

استهدفت دراسة العزام وزملائه الكشف عن مدى تضمين مناهج التربية الإسلامية للصف الثامن الأساسي لمعايير التربية الصحية من وجهة نظر معلمي التربية الإسلامية بمديرية اربد الأولى، تكونت عينة الدراسة من (82) معلم ومعلمة من وجهة نظر المعلمين. وأظهرت نتائج الدراسة ما يلي:

- درجة تضمين مناهج التربية الإسلامية للصف الثامن من وجهة نظر معلمي التربية الإسلامية بمديرية اربد الأولى، كانت متوسطة، حيث بلغ المتوسط الحسابي (3.06) .
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى للمؤهل العلمي وسنوات الخبرة .

وأوصى الباحثون بضرورة إعادة النظر بمحتوى مناهج التربية الإسلامية للمرحلة الأساسية وذلك من خلال تضمينها لموضوعات التربية الصحية.

(العزام علي و السرور فاطمة و العزام محمد، د.ت)

دراسات تناولت سلوكيات الخطر

الدراسة الأولى:

قام مورس وزملاؤه (Morris et all) 1990 بنشر نتائج دراسة تتبعية لعدد من المشاركين في بحوثهم السابقة، وبلغ عددهم 9376 مشارك ممن تراوحت أعمارهم بين 45 و 64 سنة من غير المصابين بأمراض القلب آنذاك، وممن قام بقياس نشاطهم البدني في عام 1976 بواسطة إستبيان يحدد نشاطهم البدني خلال الأربعة أسابيع السابقة لإجراء القياس . و لقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن الأفراد الذين لديهم 8 فترات من النشاط البدني المرتفع الشدة بلغ معدل إصابتهم بأمراض القلب التاجية بمعدل 1.2 حالة لكل 1000 شخص في السنة، وفي المقابل ارتفعت حالة الإصابة بأمراض القلب التاجية لدى الذين لا يمارسون أي فترة نشاط بدني على الإطلاق لتصل لديهم إلى 8.5 حالة لكل 1000 شخص في السنة أي ضعفين ونصف معدل الإصابة لدى الممارسين.

ظهر بوضوح أن الذين يمارسون المشي بصورة سريعة تنخفض لديهم حالات الإصابة بأمراض القلب التاجية كثيراً مقارنة بالذين يمارسون المشي بصورة بطيئة، وأن هناك تدرج واضح في مستوى الوقاية من أمراض القلب التاجية تبعاً لمستوى النشاط البدني الممارس.

(Morris, J. Clayton, D. Everitt, M. Semmence, A. Burgess, E. 1990)

الدراسة الثانية:

هدفت دراسة واردل وآخرين (Wardle, et al.,1997) إلى التعرف على سلوك الحمية الصحية بين الطلاب الأوروبيين استخدم الباحثون استبيان السلوك الصحي Health-Behavior Survey على عينة اشتملت أكثر من 16000 طالباً وطالبة من 21 بلد أوروبي بلغت أعمارها بين (19-29) سنة بمتوسط مقداره (21,3) سنة. وأظهرت هذه الدراسة وجود انخفاض في مستوى ممارسة العادات الصحية. وقد أظهرت الارتباطات الأحادية المتغير لعادات الحمية الصحية

وجود ارتباطات دالة بين السلوك الصحي والجنس والوزن، والحالة الاجتماعية وقناعات الحمية الصحية، والمعارف الغذائية، ومركز الضبط Locus of Control وفي التحليل متعدد المتغيرات ارتبط كل من الجنس والحالة الصحية والقناعات الغذائية الصحية بشكل دال مع ممارسة العادات الصحية الغذائية.

(رضوان سامر وريشكة كونراد، 2001)

الدراسة الثالثة:

هدفت دراسة كل من رضوان وريشكة 2001 إلى تحليل السلوك الصحي والاتجاهات الصحية للطلاب من منظور عبر ثقافي بهدف إيجاد فروق عبر ثقافية بين عينة سورية وألمانية. استخدم في الدراسة استبيان السلوك الصحي الذي يقيس مظاهر معينة من السلوك الصحي والاتجاهات نحوه، اشتملت عينة الدراسة على 300 مفحوص كان من بينهم 201 أنثى (67%) و99 ذكر (33%) واستعان الباحثان بالمنهج الوصفي الاستدلالي. أظهرت الدراسة وجود بعض الخصائص المميزة للعينة السورية، بعضها منم للصحة مثل تناول الفاكهة والنوم عدد كاف من الساعات وتنظيف الأسنان وأخرى غير صحية مثل غياب الزيارات الدورية إلى الطبيب وفحص الصدر. (رضوان سامر وريشكة كونراد، 2001)

الدراسة الرابعة:

هدفت دراسة جابر 2003 إلى التعرف على مستوى السلوك الصحي لدى طلبة الجامعات الفلسطينية غير الحكومية في الضفة الغربية (النجاح، القدس، بيرزيت، بيت لحم، الجامعة الأمريكية في جنين)، والتعرف على مدى تأثير المتغيرات التالية (الجامعة، الجنس، المستوى الدراسي، المعدل التراكمي، المستوى التعليمي للوالدين) على مستوى السلوك الصحي للطلبة، ولأجل تحقيق هدف الدراسة فقد تم استخدام الاستبيان المعد من قبل الباحث على غرار الاستبيانات المعدة لفحص

مستوى الوعي الصحي. تكونت عينة الدراسة والتي تم اختبارها بصورة عشوائية وبالاعتماد على المقابلة الشخصية من (1057) طالباً وطالبة، من بينهم (529) ذكور و(528) إناث وشكلت 5% من مجتمع الدراسة. وأظهرت نتائج الدراسة أن مستوى السلوك الصحي للطلبة كان متوسطاً حيث وصلت النسبة إلى (67.4%)، وكان مستوى السلوك الصحي للطلبة مرتفعاً جداً في مجال التدخين وتناول الكحول (82%) ومتوسطاً في مجالات التغذية (68.4%) التعامل مع التوتر (67.8%) والرعاية الصحية (69.4%) ومنخفضاً جداً في مجال اللياقة البدنية (49.08%) وأظهرت نتائج الدراسة أيضاً وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $\alpha=0.05$ في مستوى السلوك الصحي للطلبة تبعاً لمتغيرات (الجامعة، الجنس، نوع الكلية، المعدل التراكمي، المستوى التعليمي للوالدين)، وحسب المتغير الخاص بالجامعة فقد كانت الفروق كلها لصالح الجامعة العربية الأمريكية في جنين. ووفقاً لمتغير الجنس كانت الفروق في كافة المجالات والمجموع الكلي بين الطلبة الذكور والإناث لصالح الطالبات، بينما في مجال اللياقة البدنية كان لصالح الطلبة الذكور. أما المتغير الخاص بالكلية، بين الكليات العلمية والكليات الإنسانية فقد كانت الفروق لصالح الكليات العلمية. كما بينت النتائج أن كافة الفروق للمعدل التراكمي كانت لصالح المعدل التراكمي الأعلى. أما بالنسبة للمتغيرات المرتبطة بالمستوى التعليمي للآباء والأمهات فقد كانت الفروق لصالح المستوى التعليمي الأعلى (للأب والأم). وأوصت الدراسة وفقاً للنتائج إلى ضرورة تدريس مساقات تعنى بالوعي الصحي لدى الطلبة الجامعيين كمقررات جامعية إجبارية.

(Mahmoud jabber; 2003)

الدراسة الخامسة:

في مسح قامت به منظمة الصحة العالمية بالتعاون مع اليونسكو، وبمساعدة المركز الأمريكي لمكافحة الأمراض 2004 بهدف التعرف على الأنماط والسلوكيات الصحية لطلبة

المدارس في الأردن، في عدة مجالات أهمها: مجال التغذية، ومجال النظافة الشخصية، والصحة العقلية، والنشاط البدني، والعنف، والتدخين. وشملت الدراسة صفوف الثامن، والتاسع، والعاشر الأساسي للفئة العمرية من 13 إلى 15 سنة، وتكونت العينة من (2613) طالبًا وطالبة ، تم اختيارهم بشكل عشوائي من (26) مدرسة ضمت المدارس الحكومية والخاصة، مدارس الثقافة العسكرية ومدارس وكالة الغوث، من خلال (8) محافظات من أصل (12) محافظة. وبينت النتائج التي تم التوصل إليها في مجال التغذية، أن الطلبة الذكور ينقصهم الوعي لمشكلة السمنة، ولا يحاولون إنقاص وزنهم كما تفعل الإناث، أما في مجال النظافة الشخصية تبين أن الإناث يعتنين بأنفسهن بشكل أفضل من الطلاب، وأما بالنسبة لمجال النشاط البدني فقد تبين أن معظم الطلاب من الجنسين غير نشطين بدنيًا. وتبين أن تدخين السجائر واستعمال التبغ منتشر بين الطلبة وأكثر انتشارًا بين الطلبة الذكور منه في الإناث. ومن أهم التوصيات التي خرج بها المسح لطلبة المدارس في الأردن التوسع ببرنامج التغذية المدرسية ليشمل الطلاب في المرحلة الأساسية حتى الصف العاشر، وتصميم برامج تثقيفية صحية لرفع مستوى المعرفة لدى الطلبة والمعلمين في المدارس.

(World Health Organization,2004)

الدراسة السادسة:

هدفت دراسة أحمد وزملائه 2008 إلى التعرف على السلوك الصحي واتجاهاته لدى الرياضيين، وقد استخدم الباحثون المنهج الوصفي بأسلوب الدراسات المسحية حيث تم تطبيق مقياس السلوك والاتجاه الصحي والذي يتألف من جزأين الجزء الأول لقياس السلوك الصحي والجزء الثاني لقياس الاتجاهات نحو السلوك الصحي تكونت عينة الدراسة من (140) لاعب تم اختيارها بالطريقة العشوائية طبقية حسب نوع الفعالية وبأسلوب الاختيار المتساوي إذ تم اختيار (10) لاعبين لكل فعالية ومن كل نادي. وتوصل الباحثون إلى النتائج الآتية:

- وجود نسبة عالية من أفراد العينة الذين يدخنون السجائر.
 - انخفاض نسبة أفراد العينة الذين يتناولون الكحول أو أحد المواد المخدرة.
 - وجود نسبة عالية من أفراد العينة الذين جربوا تناول المنشطات.
 - ارتفاع نسبة الرياضيين الذين يتناولون المواد المنبهة.
 - انخفاض واضح في نسبة أفراد العينة الذين يحافظون أو يلتزمون بالممارسات الصحية الايجابية (القوام، النوم، الوقاية من الشمس، تنظيف الأسنان).
 - عدم التزام نسبة عالية من أفراد العينة بالأسس الصحية لعادات التغذية والطعام.
 - انخفاض نسبة أفراد العينة الذين يتخذون إجراءات صحية وقائية.
- وأوصي الباحثون بإقامة دورات توعية للرياضيين بأهمية المحافظة على السلوك والعادات الصحية وبضرورة وجود كوادر طبية متخصصة في المؤسسات الرياضية تعنى بأنواع السلوك الصحي.

(أحمد مازن و النفاخ نزار و الجنابي سلمان ، 2008)

الدراسة السابعة:

هدفت دراسة مقبول 2009 إلى التعرف على تأثير العوامل الديموغرافية الاجتماعية على مستوى السمنة، والوعي الصحي لدى المعاقين حركياً في محافظة نابلس، وذلك من خلال قياس مؤشر كتلة الجسم، واستبانة صُممت لقياس درجة الوعي الصحي لدى المعاقين حركياً في محافظة (نابلس)، وبعد التأكد من صدق الاستبانة وثباتها، تم توزيعها على عينة قصدية قوامها (244) معاقاً، وحُسب مؤشر كتلة الجسم لكل فرد من أفراد العينة، وتم التوصل إلى النتائج الآتية:

- الدرجة الكلية للوعي الصحي بشكل عام، والتغذية والاهتمام بالذات بين المعاقين حركياً في محافظة هي درجة منخفضة، وتنخفض جداً في مجال التمرينات، وتكون متوسطة في مجالي إدارة التوتر، والتدخين. إن متوسط مؤشر كتلة الجسم لدى أفراد العينة يساوي (25.91) كجم/م².

- هناك علاقة دالة إحصائياً بين مؤشر كتلة الجسم، والجنس، والعمر، ومكان السكن، والحالة الاجتماعية، ومستوى التعليم .

- هناك فروق دالة إحصائياً في درجة الوعي الصحي، وفق متغيرات الحالة الاجتماعية، ومستوى التعليم، وعدد الساعات اليومية لمشاهدة التلفزيون، وعدد الساعات اليومية لاستخدام الحاسوب. وأوصت الباحثة بضرورة نشر الوعي الصحي المتعلق بتناول غذاء متوازن لدى جميع الفئات العمرية.

(Maqboul Samah ; 2009)

الدراسة الثامنة:

هدفت دراسة ثابت ومحمد 2011 لوصف الأنماط الصحية والسلوكيات الخطرة لعينة من المراهقين العراقيين ، وتكونت عينة الدراسة من 147 طالب و طالبة تم اختيارهم عشوائياً من الكلية التقنية الإدارية، تم عرض عليهم استمارة أسئلة معدة مسبقاً وكذلك تم حساب القياسات الجسمية (الطول،الوزن ومعدل كتلة الجسم) واطهر التحليل الإحصائي ما يلي:

- النسبة الأعلى أي 68.7 % لهم معدل طبيعي لكتلة الجسم.

- 23.6 % يدخنون حالياً.

- 46.5% غير نشطين فيزيائياً.

- بالنسبة للعادات الغذائية 59.86% يختصرون بعض الوجبات الغذائية وخصوصاً وجبة الفطور.

- تناول اليومي للحلويات 36%.

- تناول الوجبات السريعة بنسبة 22.44%.

- 49.65% يستخدمون الحاسوب والانترنت.

وأوصى الباحثون في نهاية الدراسة بضرورة الاستعانة بالتنقيف الصحي لخلق الوعي

لغرض التقليل من السلوكيات الصحية الخطرة .

(ثابت مرال ومحمد حافظ، 2011)

الدراسة التاسعة:

هدفت دراسة العرجان 2013 إلى التعرف على نسب انتشار البدانة والوزن الزائد، والنقص في الوزن ومدى الممارسة الرياضية من أجل الصحة والتدخين، إضافة إلى معرفة نسب انتشار الأمراض المرتبطة بقلة الحركة، والتعرف على طبيعة العادات الغذائية لدى معلمي التربية الرياضية في الأردن. تكونت عينة الدراسة من (861) معلماً ومعلمة تم اختيارهم عشوائياً من مختلف المدارس الحكومية والخاصة ووكالة الغوث في الأردن، قيس لهم الوزن والطول واستجابوا إلى إستبانة تقيس مدى الممارسة الرياضية من أجل الصحة، التدخين، الأمراض المرتبطة بقلة الحركة وبعض العادات الغذائية اليومية وأشارت النتائج إلى أن نسبة انتشار البدانة بين المعلمين (13.38%) والمعلمات (14.41%)، بنسبة انتشار عامة. وأن ما نسبته (60.21%) من المعلمين و(35.84%) من المعلمات يمارسون نشاطاً رياضياً

بمعدل مرة واحدة أو أكثر في الأسبوع، فيما كان أكثر الأمراض المنتشرة بين معلمي التربية الرياضية هي آلام أسفل الظهر، ضغط الدم، السكري، الروماتزم وأمراض المفاصل.

كما أشارت النتائج إلى وجود نسب مرتفعة لانتشار بعض العادات الغذائية غير الصحية بين المعلمين والمعلمات والتي تتمثل في عدم تناول وجبة الإفطار والإكثار من تناول الشاي والقهوة والمشروبات الغازية وعدم تناول الخضار والفواكه والحليب، وخلصت الدراسة إلى أن انتشار تلك العوامل الخطرة بين معلمي التربية الرياضية يجب أن تحظى باهتمام شديد من قبل مصادر صنع القرار التربوي لما لذلك الأمر من علاقة قوية بتوجهات الطلبة وممارساتهم الصحية.

(العرجان جعفر، 2013)

الدراسة العاشرة:

هدفت دراسة ذيب 2013 إلى التعرف على الفروق في مستوى التحصيل الدراسي بين الطلاب البدناء وغير البدناء، وتبا لمتغير مستوى اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة، وعلى طبيعة العلاقة بين مستوى اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة والتحصيل الدراسي، وذلك على عينة عشوائية من طلاب الصفين السادس والسابع الأساسي في مدينة عمان، مكونة من (1139) طالباً، قيست لهم عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة إضافة إلى تسجيل نتائج التحصيل الدراسي في نهاية العام الدراسي.

وقد أشارت النتائج إلى وجود فروق إحصائية دالة عند مستوى (0.05) في التحصيل الدراسي بين الأطفال (البدناء وغير البدناء)، وفي مستوى اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة ولصالح الطلاب غير البدناء، والمستوى العالي جداً، والى وجود تفاعل بين نسبة الشحوم في الجسم ومستوى اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة وتأثيرهما على التحصيل الدراسي، وبذلك يوصى بضرورة تفعيل

مستوى النشاطات البدنية الموجهة لتنمية اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لطلبة المدارس لمواجهة ارتفاع نسب انتشار البدانة بينهم وللأثر الايجابي على مستوى التحصيل الدراسي.

(ذيب ميرفت ، 2013)

الدراسة الحادية عشر:

هدفت دراسة الجفري 2014 إلى التعرف على اتجاهات طلبة جامعة الملك عبد العزيز نحو ممارسة النشاط البدني، ولقد استخدم الباحث المنهج الوصفي بأسلوبه المسحي، وتكونت عينة الدراسة من 275 طالباً وطالبة من طلاب الجامعة تم اختيارهم بالطريقة الطبقية العشوائية، واستخدم الباحث الاستبانة كوسيلة لجمع البيانات، واشتملت أداة الدراسة على أربعة مجالات رئيسية هي أثر النشاط البدني على الناحية الصحية، وأثر النشاط البدني على الناحية الاجتماعية، وأثر النشاط البدني على الناحية النفسية، وأثر النشاط البدني على الناحية العلمية، وكان مجموع عبارات الاستبيان (32) عبارة موزعة بالتساوي على المحاور الأربعة. توصل الباحث إلى ما يلي:

- اتجاهات طلبة جامعة الملك عبد العزيز نحو النشاط البدني كانت ايجابية.
- ترتيب اتجاهات طلبة جامعة الملك عبد العزيز نحو النشاط البدني تبعاً لمجالات الدراسة كالآتي :المجال الصحي في الترتيب الأول بمتوسط حسابي (4.29)، المجال النفسي في الترتيب الثاني بمتوسط حسابي (4.11)، المجال العلمي في الترتيب الثالث بمتوسط حسابي (3.4)، المجال الاجتماعي في الترتيب الرابع والأخير بمتوسط حسابي (3.2).
- عدم وجود فروق في اتجاهات الطلاب تبعاً إلى متغير مؤشر كتلة الجسم ومتغير المعدل التراكمي.

- وجود فروق في الاتجاهات على المجال الصحي تبعاً إلى متغير الجنس ولصالح الذكور. وأوصى الباحث بضرورة تنمية وتعزيز اتجاهات طلبة جامعة الملك عبد العزيز نحو ممارسة النشاط البدني لكي تصل إلى المستوى الإيجابي جدا في جميع المجالات، من خلال النشرات الدورية والمحاضرات التثقيفية . وإقامة المزيد من النشاطات والتجمعات الرياضية التي تعزز العلاقات الاجتماعية بين الطلاب .

(الجفري علي، 2014)

قامت الباحثة بمحاولة لعرض أهم الدراسات المتاحة والمتعلقة بمتغير من متغيرات الدراسة وهو سلوكيات الخطر ،ولقد تعددت الدراسات السابقة التي تناولت السلوك الصحي لوحده او في علاقته مع متغيرات أخرى دون ارتباطه بمتغير من متغيرات الدراسة الحالية وهذا طبعا في حدود علم الباحثة.

دراسات تناولت الوعي الصحي

الدراسة الأولى:

هدفت دراسة الخليلي وزملائه 1987 إلى الكشف عن مستوى الوعي الصحي بين الطلبة الأردنيين في مشارف انتهاء التعليم المدرسي الرسمي بمختلف فروع (العلمي، الأدبي والمهني) في ثلاث مناطق جغرافية مختلفة في الأردن وهي المفرق واربد والأغوار الشمالية. ولهذا الغرض، جرى تطبيق اختبار للوعي الصحي من إعداد الباحثين على عينة مؤلفة من 1902 طالباً وطالبة من مستوى الثاني الثانوي بفروعه المختلفة في المناطق الثلاث المذكورة. ودلت نتائج الدراسة على أن:

- مستوى الوعي الصحي بين طلبة الأردن بهذا المستوى الدراسي متدن.

- وجود اختلافات في مستوى الوعي الصحي تعزى لكل من الجنس ونوع الدراسة والمنطقة الجغرافية، إذ كان متوسط أداء الإناث على اختبار الوعي الصحي أعلى من متوسط أداء الذكور، كما كان متوسط أداء طلبة الفرع العلمي أعلى من متوسط أداء طلبة الفرع الأدبي الذين كان أداؤهم أعلى من متوسط أداء طلبة التعليم المهني. وكان متوسط أداء طلبة المفرق أعلى من متوسط أداء طلبة اربد ومتوسط هؤلاء الآخرين أعلى من متوسط أداء طلبة الأغوار.

- بينت الدراسة أن المتغيرات التي تنتبأ بالوعي الصحي في معادلة الانحدار المتعدد التدرجي كانت: نوع فرع الدراسة، ثم الموقع الجغرافي، ثم الجنس، و الحالة الاجتماعية والاقتصادية. ولم يكن لمساهمة ثقافة الأب أو ثقافة الأم في التنبؤ أي دلالة إحصائية. وخلص الباحثون في ضوء النتائج إلى عدد من التوصيات تتعلق باستحداث مناهج منفصلة للصحة في المدارس وبضرورة زيادة التثقيف الصحي عن طريق برامج نوعية تتمثل بالكلمات الصباحية والمحاضرات الصحية التي تتم بالتنسيق بين وزارتي الصحة والتربية والتعليم.

(الخليلي خليل وسالم معنز وأبو دهيس برهان ، 1987)

الدراسة الثانية:

هدفت دراسة كل من خطايبية ورواشدة 2003 الى معرفة وقياس مستوى الوعي الصحي لدى طالبات كليات المجتمع الحكومية في الأردن وتم اختيار عينة الدراسة بالطريقة الطبقيّة العشوائية وكان عددها 678 طالبة حيث شكلت ثلث مجتمع الدراسة والذي كان عدده 2030 طالبة ، واستخدم الباحثان اختبارا لقياس مستوى الوعي الصحي مكونا من 32 فقرة (اختيار من متعدد)

يشتمل على خمسة مجالات صحية ولمعالجة البيانات تم استخدام المتوسط الحسابية والانحرافات

المعيارية واختبارات وتحليل التباين المتعدد وأسفرت النتائج عما يلي :

- انخفاض مستوى الوعي الصحي حيث كان أقل من المستوى المقبول (80%).
- النتائج كانت لصالح مستوى السنة الدراسية الثانية مقارنة مع السنة الأولى . ولصالح التخصص المهني مقارنة بالتخصص الأكاديمي ولصالح التخصص الأكاديمي مقابل التخصص التجاري . أما من حيث مستوى المعيشة فكانت النتائج لصالح مستوى المعيشة المرتفع ثم المتوسط يليه المنخفض.
- وأوصى الباحثان بضرورة إقرار مادة خاصة بالوعي الصحي كمتطلب للدراسة لجميع التخصصات في كليات المجتمع في الأردن.

(خطابية عبد الله و رواشدة فيصل، 2003)

الدراسة الثالثة:

هدفت دراسة الأحمدى 2003 إلى التعرف على مستوى الوعي الصحي والاتجاهات الصحية لدى طلاب الصف الثاني الثانوي في المدينة المنورة، والتعرف على العلاقة بين الوعي الصحي والاتجاهات الصحية، وقام الباحث بتطبيق أداتين للدراسة هما الاختبار التحصيلي ومقياس الاتجاهات الصحية، وقد تكونت عينة الدراسة من 83 طالبا طبقت عليهم أدوات الدراسة، وتوصلت الدراسة إلى انخفاض ضئيل في مستوى الوعي الصحي لدى الطلاب ووجود علاقة ارتباطية موجبة وضعيفة بين مستوى الوعي الصحي والاتجاهات الصحية لدى الطلاب.

(الأحمدى علي ، 2003)

الدراسة الرابعة:

هدفت دراسة القدومي 2005 إلى التعرف على مستوى الوعي الصحي ومصادر الحصول على المعلومات الصحية لدى لاعبي الأندية العربية للكرة الطائرة، إضافة إلى تحديد الفروق في مستوى الوعي الصحي تبعاً لمتغيري الخبرة في اللعب والمؤهل العلمي لدى اللاعبين، ولتحقيق ذلك أجريت الدراسة على عينة قوامها (90) لاعبا من المشاركين في بطولة الأندية العربية الثانية والعشرين في الأردن، وطبق عليها استبانة قياس الوعي الصحي ومصادر الحصول على المعلومات الصحية والتي تكونت من (57) فقرة لقياس الوعي الصحي موزعة على أربعة مجالات هي: (مجال التغذية، مجال التدريب الرياضي، المجال الاجتماعي والتحكم بالضغوط النفسية، ومجال العناية الصحية) إضافة إلى (8) فقرات لقياس مصادر المعلومات الصحية، وأظهرت نتائج الدراسة أن مستوى الوعي الصحي العام لدى أفراد العينة كان عالياً، حيث وصلت النسبة المئوية للاستجابة إلى (81%)، إضافة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجالات الوعي الصحي، حيث كان أعلى مجال المجال الاجتماعي والتحكم في الضغوط النفسية، بينما لم تكن الفروق دالة إحصائياً تبعاً لمتغيري الخبرة في اللعب والمؤهل العلمي والتفاعل بينهما.

(القدومي عبد الناصر، 2005-01-01)

الدراسة الخامسة:

هدفت دراسة محمد 2007 التعرف على الوعي الصحي لدى طلبة كلية التربية /المرحلة الرابعة بأقسامها العلمية والإنسانية لهذا اختيرت عينة عشوائية ممثلة لطلبة كلية التربية من أقسام التاريخ الفيزياء وعلوم الحياة والعلوم التربوية والنفسية بلغت 149 طالبا بواقع 68 طالب و 81 طالبة. تم الاستعانة بمقياس اعد لهذا الغرض من طرف الباحث مكونا من 60 فقرة موزعة على أربع مجالات ولكل منها 15 فقرة وهي: مجال التربية الغذائية، مجال العناية الصحية، مجال التربية

الوقائية ومجال الوقاية من الأمراض. وأظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مجالي التربية الغذائية والتربية الإنجابية بين أقسام كلية التربية ولصالح قسمي الفيزياء وعلوم الحياة على حساب قسمي التاريخ والعلوم التربوية والنفسية ، بينما لم تكن الفروق معنوية بين أقسام كلية التربية في مجالي العناية الصحية والوقاية من الأمراض. وأوصت الدراسة بضرورة إدخال التربية الغذائية ضمن مادة الصحة العامة وتدريسها في جميع أقسام كلية التربية.

(محمد علي، 2007)

الدراسة السادسة:

هدفت دراسة القدومي وزايد 2009 إلى التعرف على مستوى الوعي الغذائي لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعة النجاح الوطنية وجامعة السلطان قابوس ، إضافة إلى تحديد الفروق في مستوى الوعي الغذائي تبعاً لمتغيرات الجامعة ، والجنس ، والمستوى الدراسي ، والمعدل التراكمي لدى الطلبة، إضافة لتحديد أ كثر الفقرات قدرة على التنبؤ بالمستوى الكلي للوعي، ولتحقيق ذلك أجريت الدراسة على عينة قوامها (207) طالبا وطالبة وذلك بواقع (105) من جامعة النجاح الوطنية و(102) من جامعة السلطان قابوس ، وطبقت عليها استبانة الوعي الغذائي والتي تكونت من (15) فقرة، وأظهرت نتائج الدراسة أن مستوى الوعي الغذائي لدى أفراد العينة كان منخفضا ، حيث وصلت النسب المئوية الاستجابة إلى (59 %) ، إضافة إلى انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الوعي الغذائي لدى الطلبة تبعاً لمتغيرات الجامعة ، والجنس ، والمستوى الدراسي ، بينما كانت الفروق دالة إحصائيا تبعاً للمعدل التراكمي ولصالح المعدل الأعلى. وأوصى الباحثون بعدة توصيات أهمها إعادة النظر في المناهج الدراسية ذات العلاقة بالصحة، وضرورة عقد ورشات حول التغذية للطلبة.

(القدومي عبد الناصر و زايد كاشف، 2009)

الدراسة السابعة:

هدفت دراسة عبد الحق 2012 وزملائه إلى التعرف على مستوى الوعي الصحي لدى طلبة جامعة النجاح الوطنية وجامعة القدس، إضافة إلى تحديد الفروق في مستوى الوعي الصحي تبعاً لمتغيرات الجامعة، والجنس، والكلية، والمعدل التراكمي لدى الطلبة، ولتحقيق ذلك أجريت الدراسة على عينة قوامها (800) طالبا وطالبة وذلك بواقع (500) طالباً وطالبة من جامعة النجاح الوطنية و (300) طالباً وطالبة من جامعة القدس، وطبق عليها استبانة قياس الوعي الصحي والتي تكونت من (32) فقرة .

أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى الوعي الصحي العام لدى أفراد العينة كان متوسطاً، حيث وصلت النسبة المئوية للاستجابة إلى (64.80 %)، إضافة إلى ظهور فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الوعي الصحي لدى الطلبة تبعاً لمتغيرات الجامعة ولصالح جامعة القدس، والكلية لصالح الكليات العلمية، ومتغير الجنس ولصالح الطالبات، وكذلك لمتغير المعدل التراكمي ولصالح المعدل الأعلى.

وأوصى الباحثون بضرورة عقد ورشات عمل حول تنمية الوعي الصحي للطلبة والاهتمام بالوعي الصحي لطلبة الجامعة في المسابقات ذات العلاقة مثل الرياضة والصحة والتربية الصحية والصحة العامة.

(عبد الحق عماد و شناعة مؤيد و نعيرات قيس و العمدة سليمان، 2012)

الدراسة الثامنة:

هدفت دراسة العرجان 2013 وزملائه إلى التعرف على مستوى الوعي الصحي ومصادر الحصول على المعلومات الصحية لدى طلبة جامعة البلقاء التطبيقية، حيث تكونت العينة من

1916 طالبا وطالبة تم اختيارهم عشوائيا طبقت عليهم استبانته الوعي الصحي ومصادره والمكونة من 62فقرة موزعة على 7 مجالات.

أشارت النتائج إلى أن مستوى الوعي الصحي العام جاء عاليا بنسبة مئوية للاستجابة (85.27%)، و إلى أن نسبة (90.55 %) من الطلبة لديهم مستوى صحي عال ونسبة (9.44 %) لديهم مستوى صحي متوسط، و إلى أن الوعي الصحي يتباين تبعا لمتغيرات (الجنس والمستوى الدراسي)، حيث أظهرت النتائج وجود فروق إحصائية دالة في مستوى الوعي الصحي تبعا للمتغيرين ولصالح الإناث وطلبة السنة الرابعة، و إلى أن أكثر المصادر التي يحصل منها الطلبة على المعلومات الصحية هي وسائل الإعلام، وفي ضوء ذلك أوصى الباحثون بضرورة تفعيل مستوى النشاطات الرياضية الموجهة لتنمية وتعزيز الصحة للطلبة و إيجاد البيئة اللازمة لذلك و إدراج بعض المواد الخاصة بالصحة والغذاء والنشاط الرياضي ضمن متطلبات الجامعة الإجبارية.

(العرجان جعفر و نيب ميرفت و الكيلاني غازي ، 2013)

الدراسة التاسعة:

هدفت دراسة الحميري 2015 إلى التعرف على مستوى وعي المرأة الريفية في الغذاء والتغذية ،وعلى مستوى وعيها ومعرفتها بالأمر المتعلقة بالغذاء والتغذية السليمة .استعانت الباحثة على استبيان لغرض جمع بيانات البحث وعلى المقابلة الشخصية مع عينة البحث وهن 160 امرأة متزوجة من أربع قرى اختيرت عشوائيا من أربع محافظات في المنطقة الوسطى للعراق . وأظهر البحث ما يأتي:

- 1- أن المستوى العام للوعي الغذائي والتغذوي للنساء الريفيات كان متوسطا.
- 2- أن مستوى وعيهن منخفض بالمجالات الآتية : الكربوهيدرات ، الفواكه والخضر ، تغذية الأطفال ، فيما كان متوسطا في تغذية الكبار ، الحليب ومنتجاته ، البروتينات ، تغذية الحامل.

3- وجد أن هنالك علاقة ارتباطية موجبة وذات دلالة معنوية بين مستوى وعي الرفيقات و العوامل الذاتية لهن المتمثلة ب (مستوى تعلمهن ، الوضع الاقتصادي ، تعليم الأبناء ، الاتصال الثقافي ، تعليم الزوج) فيما كانت العلاقة الارتباطية سالبة ومعنوية مع (العمر وعدد الأبناء).

(الحميري إزهار، 2015)

قامت الباحثة بمحاولة لعرض أهم الدراسات المتاحة والمتعلقة بمتغير من متغيرات الدراسة وهو الوعي الصحي ،ولقد تعددت الدراسات السابقة التي تناولت الوعي الصحي لكن لوحده أو في علاقته مع متغيرات أخرى دون ارتباطه بمتغير من متغيرات الدراسة الحالية وهذا طبعا في حدود علم الباحثة.

التعقيب على مجمل الدراسات السابقة:

بعد الاطلاع على الأدبيات وما كتب في مجال التربية الصحية وبرامجها لاحظت الباحثة أن هناك دراسات وأبحاث عديدة حاولت التعرف على اثر أو فاعلية برامج تربية صحية كاملة الوحدات أي تحتوي على كل مجالات التربية الصحية،أو وحدات جزئية تحتوي على مجال أو مجالين محددين من مجالات التربية الصحية، ولقد استفادت الباحثة كثيرا بكل ما جاءت به الدراسات السابقة، فرغم اختلاف بيئتها واختلاف نتائجها أحيانا إلا أن حداثة كل هذه الدراسات تدل على الاهتمام البالغ بالمعلومات، المعارف، الاتجاهات والسلوكات الصحية لما لها من اثر في الإصابة بالأمراض المستعصية والتي أصبحت تهدد حياة الأفراد في كل أقطار المعمورة على حد سواء، كما دلت النتائج المتوصل إليها على ضرورة الاهتمام أكثر بتتمية الوعي

الصحي للأفراد وبرامج التربية الصحية وخاصة في المراحل المتقدمة من حياة الإنسان لتصبح

صحته الايجابية تمارس أليا وتصيح السلوكات الصحية سمة من سمات الشخصية.

وما نلاحظه هو غياب الدراسات المحلية وهذا في حدود علم الباحثة حيث لم تحصل

على أي برنامج في التربية الصحية في المجتمع الجزائري وهذا ما يعطي أهمية كبيرة للدراسة

الحالية خاصة وأنها اهتمت بعينة حساسة بطبيعتها وهي مرحلة المراهقة.

استفادة الدراسة الحالية من الدراسات السابقة:

لقد استفادت الباحثة من الدراسات السابقة في نقاط كثيرة أهمها:

- ضرورة الاهتمام ببرامج التربية الصحية في مرحلة المراهقة.
- صياغة فروض الدراسة الحالية.
- تحديد الإطار النظري للدراسة الحالية.
- الاطلاع على برامج التربية الصحية من حيث أهدافها ومجالاتها وطرق تدريسها والنشاطات المستخدمة والناجحة في تغيير سلوكيات الخطر وتنمية الوعي الصحي.
- تحديد المجالات الرئيسية للتربية الصحية.
- اختيار الأساليب الإحصائية المناسبة للتحقق من فرضيات الدراسة.
- اختيار منهج الدراسة.
- تفسير نتائج الدراسة الحالية ومناقشتها في ضوء نتائج الدراسات السابقة.
- مقارنة نتائج الدراسة الحالية بنتائج الدراسات السابقة وتفسير أسباب الاتفاق والاختلاف.

الفرق بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة:

تميزت الدراسة الحالية عن غيرها من الدراسات بما يلي:

- * تطبيق برنامج التربية الصحية في المجتمع الجزائري.
- * تطبيق برنامج التربية الصحية على تلاميذ مرحلة المتوسط.
- * بناء مقياسين كأدوات للدراسة.
- * محاولة معرفة فاعلية برنامج التربية الصحية على تغيير سلوكيات الخطر وتنمية الوعي الصحي معاً.

V. فرضيات الدراسة:

بعد استعراض إشكالية البحث و الإطار النظري المتعلق بمتغيرات البحث يمكن صياغة الفرضيات التالية :

- 1) توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس سلوكيات الخطر.
- 2) لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي على مقياس سلوكيات الخطر.
- 3) توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس سلوكيات الخطر.
- 4) توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الوعي الصحي.
- 5) لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الوعي الصحي.

- (6) توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس الوعي الصحي.
- (7) توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات سلوكيات الخطر لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج التربية الصحية حسب المستوى التعليمي للام.
- (8) توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات الوعي الصحي لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج التربية الصحية حسب المستوى التعليمي للام.
- (9) توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات سلوكيات الخطر لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج التربية الصحية حسب معدل التحصيل الدراسي.
- (10) توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات الوعي الصحي لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج التربية الصحية حسب معدل التحصيل الدراسي.
- (11) لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس سلوكيات الخطر.
- (12) لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس الوعي الصحي.

VI. حدود الدراسة:

- حدود بحثية : سوف تقتصر هذه الدراسة على محاولة التعرف على فاعلية برنامج مقترح في التربية الصحية في تغيير سلوكيات الخطر وتنمية الوعي الصحي لدى المراهقين في مرحلة المتوسط.
- حدود زمانية : تم تطبيق الدراسة الحالية خلال الفترة من 2010 إلى غاية 2016 .
- حدود مكانية : تم تطبيق هذه الدراسة بمدينة عين التوتة ولاية باتنة، حيث تم تطبيق الدراسة الاستطلاعية بمتوسطة سيود علي في حين تم تطبيق الدراسة الأساسية بمتوسطة بم كرامة احمد.
- حدود بشرية : تلاميذ السنة الثالثة من التعليم المتوسط.

VII. تحديد المصطلحات:

- البرنامج: حسب عفانة 2006 هو وحدة تعليمية مصممة بطريقة مترابطة و متضمنة مجموعة من الخبرات و الأنشطة و الوسائل و أساليب التدريس والتقويم المتنوعة بهدف تنمية مهارات محددة .

(عبد ه ياسين، 2003 : ص09)

كما يعرف البرنامج بأنه "خطة مرنة تتضمن مجموعة الخطوات متمثلة في الأهداف العامة والسلوكية، والمواد والأدوات، والمصادر التكنولوجية المستخدمة، والأنشطة، مداخل التدريس المستخدمة والتقويم". (العمودي هاله، 2007)

ويمكن تعريف البرنامج إجرائيا في الدراسة الحالية انه مجموعة من الدروس النظرية والتطبيقية والموزعة على 24 حصة، والمصممة ضمن وحدات تعليمية تستعمل فيها وسائل تربوية حديثة

موجهة لطلبة السنة الثالثة من التعليم المتوسط والتي تساعدهم على المحافظة على صحتهم وذلك بإتباع كل سلوك صحي سليم وبناء اتجاهات صحية صحيحة في : التغذية الصحية والنشاط الرياضي وبالتالي المساهمة في تغيير سلوكيات الخطر وتنمية الوعي الصحي لديهم.

- **التربية الصحية:** هي عملية التعلم والتعليم، والتي من خلالها يغير المتعلمون من سلوكهم الصحي وذلك للوصول إلى حالة صحية أفضل.

(الصفدي عصام و أبو حويج مروان و العماد عادل، 2001:ص 169)

وتشمل مجموع التدخلات (نشاطات تربوية جوارية، نشاطات إتصال، إعلام الناس، توفير أدوات بيداغوجية وإعلامية للعاملين) والتي هدفها تقوية مهارات السكان لاكتساب اختيارات ملائمة للصحة.

(Dumas Laurence, 2006: p 04)

وهي عملية تزويد أفراد المجتمع بالخبرات اللازمة بهدف التأثير في معلوماتهم واتجاهاتهم وممارساتهم فيما يتعلق بالصحة تأثيراً حميداً.

(سلامة بهاء الدين، 2001: ص42)

ويمكن تعريفها إجرائياً أنها تلك التربية التي تهتم بتغيير سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة وتنمية الوعي الصحي لدى تلاميذ السنة الثالثة من التعليم المتوسط من خلال البرنامج المعد من طرف الباحثة والمتمثل في مجموعة من الدروس التي يعتمد في تقديمها على وسائل تربوية حديثة ومتعددة مقسمة على وحدتي: التغذية الصحية والنشاط الرياضي.

• سلوك الخطر

سلوكات الخطر تعني وضع الذات في خطر ، خطر فسيولوجي للجسم أو للصحة (جروح ،مرض أو موت) وأيضا خطر نفسي وهذه الأخطار تختلف حسب درجة خطورتها ، ويمكن أن تكون منخفضة كما يمكن أن تؤدي إلى نتائج خطيرة جدا .

(Christophe Allanic : 12-02-2008)

ويعرفها ماتارازو Matarazzo1984 بأنها سلوكات ممرضة وتزيد احتمال الإصابة بالمرض :
التدخين شرب الكحول، الاستهلاك الكبير للمواد الدسمة والسكر...الخ.

(Bruchon ،Marillou Schweitzer ,2002 : P 29)

وتعرف سلوكات الخطر إجرائيا على أنها كل السلوكات المتعلقة بالصحة والتي بإمكانها أن تؤثر سلبا على صحة المراهق والتي تظهر درجات منخفضة في مقياس سلوك الخطر المتعلقة بالصحة الذي قامت الباحثة بإعداده .

تعريف عملية تغيير السلوك:

تعديل السلوك حسب معجم علم النفس هو : استخدام مختلف التقنيات السيكلوجية للتعلم لتغيير السلوك المنحرف أو غير المرغوب فيه .

(Werner. D. Fröhlich, 1997:P259)

وتمر عملية تغيير السلوك الصحي عند الأفراد بعدة مراحل هي:

1- **مرحلة الوعي :** وهي الاستجابة المبدئية للرسالة بالأساليب التعليمية المتبعة ومقدرة الشخص على الاستيعاب وفي هذه المرحلة يتعرف الشخص على الأفكار والسلوك الجيد بصورة عامة ويعرف قليلاً عن فائدته ومدى إمكانية تحقيقه والعقبات التي تعترض سبيله.

2- الاهتمام :وهي المرحلة التي يبحث فيها الفرد عن تفاصيل المعلومات ويكون مرحباً بالاستمتاع أو القراءة أو التعليم عن الموضوع.

3- التقييم : وأثناء هذه المرحلة يزن الفرد بين الايجابيات والسلبيات لهذا السلوك ويقوم بتقييم فائدتها له ولأسرته ومثل هذا التقييم هو نشاط ذهني ينتج عنه اتخاذ القرار بمحاولة إتباع السلوك المقترح أو رفضه.

4- المحاولة :وهي المرحلة التي يتم فيها تنفيذ القرار عملياً ويحتاج الفرد لمعلومات إضافية ومساعدة أثناء هذه المرحلة للتغلب على المشاكل التي تعترض طريق التطبيق.

5- الإلتباع : وفي هذه المرحلة يكون الفرد مقتنعاً ويقرر صحة السلوك الجديد واتباعه وهذه المراحل ليست أجزاء مستقلة حرفياً عن بعضها حيث تتداخل مع بعضها أثناء تنفيذها ويمكن للأشخاص المختلفين الذين تعرضوا لنفس المعلومات أن يمروا بمرحلة مختلفة من عملية الإلتباع وهو ما يمكن تشجيعه بالسلوك الجماعي الايجابي حيث يكون بطيئاً في البداية ويزداد كلما اتبعه عدد اكبر من الأفراد.

(حسين عبد الامير، ضيدان خديجة، د.ت: ص ص168.169)

• الوعي الصحي:

وهو مفهوم يقصد به إمام المواطنين بالمعلومات والحقائق الصحية، وأيضاً إحساسهم بالمسؤولية نحو صحتهم وصحة غيرهم، وفي هذا الإطار يعتبر الوعي الصحي هو الممارسة الصحية عن قصد نتيجة الفهم والإقناع، أي أن الوعي هو تحول تلك الممارسات الصحية إلى عادات تمارس بلا شعور أو تفكير.

(سلامة بهاء الدين، 2001: ص 23)

ويمكن تعريفه إجرائياً بأنه إمام المراهقين بالمعلومات والحقائق الصحية وإحساسهم بالمسؤولية نحو صحتهم وصحة غيرهم وهو الهدف الذي تسعى إليه الدراسة الحالية لا أن تبقى المعلومات الصحية كمعلومات عشوائية لا ترقى إلى الثقافة الصحية وإنما يجب أن تنعكس على شكل سلوكيات وممارسات يومية، ويقاس بالدرجة التي يحصل عليها تلميذ السنة الثالثة من التعليم المتوسط على مقياس الوعي الصحي المعد من طرف الباحثة.

• المراقبة:

عرفت المراقبة بتعريفات متعددة منها:

يرى دوباس M. Debesse أن المراقبة تتميز بالتحويلات الجسمية والنفسية التي تحدث بين الطفولة والرشد.

(Debesse,M, 1971 : P08)

والمراقبة حسب نوربار سيلامي Norbert Sillamy 1999 هي مرحلة من المراحل العمرية تقع بين مرحلة الطفولة ومرحلة الرشد، تتميز بتغيرات جسمية ونفسية، تبدأ في حوالي سن الثانية عشر أو الثالثة عشر وتنتهي في ما بين الثامنة عشر إلى عشرين سنة، إلا أنه من الصعب تحديد فترة المراقبة فهي تختلف من شخص لآخر ومن مجتمع لآخر، تبعاً للجنس والسلالة والبيئة الجغرافية

(Norbert Sillamy, 1999 : P07)

والمراقبة تختلف من مجتمع إلى آخر، ففسي بعض المجتمعات تكون قصيرة، وفي بعضها الآخر تكون طويلة، ولذلك فقد قسمها العلماء إلى ثلاث مراحل، هي:

- 1- مرحلة المراهقة الأولى (11-14 عاما)، وتتميز بتغيرات بيولوجية سريعة .
- 2- مرحلة المراهقة الوسطى (14-18 عاما)، وهي مرحلة اكتمال التغيرات البيولوجية.
- 3- مرحلة المراهقة المتأخرة (18-21 عاما)، حيث يصبح الشاب أو الفتاة إنساناً راشداً بالمظهر والتصرفات .

وتناولنا في دراستنا هذه كعينة تلاميذ السنة الثالثة متوسط والتي تقابلها نفسياً مرحلة المراهقة الأولى والثانية.

• **التعليم المتوسط:** تقع المرحلة المتوسطة بين المرحلة الابتدائية التي تمثل بداية سلم التعليم العام والمرحلة الثانوية التي تمثل نهايته ويلتحق بها التلميذ بعد الحصول على شهادة إتمام الدراسة الابتدائية.

• **المادة (47):** يمنح التعليم الابتدائية، الذي يستغرق (05) سنوات في المدارس الابتدائية.

• **المادة (49):** تتوج نهاية التمدرس في التعليم الابتدائي بامتحان نهائي يخول الحق في الحصول على شهادة نجاح. يحدد الوزير المكلف بالتربية الوطنية، إجراءات القبول في السنة الأولى متوسط.

• **المادة (50):** يمنح التعليم المتوسط، الذي يستغرق (04) سنوات في المتوسطات.

• **المادة (51):** تتوج نهاية التمدرس في التعليم المتوسط بامتحان نهائي يخول له الحق في الحصول على شهادة تدعى: "شهادة التعليم المتوسط"

(وزارة التربية الوطنية، 2008: ص 56)

وتتوزع السنوات الأربع في التعليم المتوسط حسب ثلاثة مراحل متعاقبة وهي كالاتي:

1.4. المرحلة الأولى: مدتها سنة واحدة وذلك أن العملية الانتقالية من الابتدائي إلى المتوسط وتشكل تغيّر جذريا بالنسبة للتلميذ بسبب ما يحدث من تحوّل في طرائق العمل وتعدد الأساتذة بالإضافة إلى أن إدخال اللغة الأجنبية الثانية تتم بدءًا من هذا الطور.

2.4. المرحلة الثانية: أو فترة التدعيم ومدتها سنتان ويتم تفعيلها من خلال السنتين الدراسيتين الثانية والثالثة حيث يتم التركيز على تعزيز، وتقد هذه المرحلة أساسيا للغاية في اكتساب وتنمية اللغات المدرسة مثلما ينتظر أن يرتقي المتعلم في هذا الطور إلى مستويات أعلى في المجال الثقافي والعلمي والتكنولوجي.

3.4. المرحلة الثالثة: أو فترة تعزيز التعليم والتوجيه لا تدوم هذه المرحلة إلا سنة واحدة لكنها تسمح إلى جانب ضمانها تنمية التعليمات وإثباتها اكتساب الكفاءات المسطرة المنهاج وكذا الكفاءات الأخرى العرفية وذلك بتحضير المتعلم على الوجهة التي يأخذها فيما بعد التعليم الإلزامي ومثلما هو معروف، تختتم مرحلة التعليم الإلزامي بامتحان شهادة التعليم المتوسط . (بن بوزيد أبو بكر،

2009: ص214)

وقد تم التركيز في دراستنا على تلاميذ السنة الثالثة من التعليم المتوسط .



الفصل الثاني: التربية
الصحية

تمهيد:

لقد ذكرنا سابقا أن من بين أهم مجالات الصحة وميادينها التربية الصحية، هذا المفهوم المتجدد الذي أصبحت كل الهيآت العالمية ومن بينها المنظمة العالمية للصحة تعتمد عليه في كثير من تقاريرها، لما له من أهمية كبيرة في تزويد الأفراد والجماعات بالمعلومات والمفاهيم والأسس الصحية التي تجعل منهم أفرادا يتمتعون بقدرات صحية ونفسية واجتماعية تؤهلهم لان يكونوا ذخرا لمجتمعاتهم لا عبء عليها، وتفهمهم للأهداف التي من اجلها تم إنشاء وتجهيز المشروعات الصحية وما تقدمه من خدمات، ويتضح ذلك من خلال محافظتهم عليها والاستفادة منها في العلاج، واقتراح ما يجدونه مناسباً لتحسين أداء تلك المشروعات. وقد نجحت الكثير من البرامج التربوية الصحية حين تم تنفيذها في إطار المدرسة، باعتبار أن التلاميذ يقضون معظم أوقاتهم بها، ولان المدرسة تعتبر من أهم مؤسسات المجتمع المسؤولة عن المحافظة وتنمية صحة أفرادها وإعدادهم لمستقبل بعيد عن المخاطر والمشكلات الصحية سواء من خلال مناهجها أو من خلال المدرسين والهيئة الإدارية .

أولاً: التربية الصحية

1. مفهوم التربية الصحية:

تعتبر التربية الصحية أو التثقيف الصحي (health education) من أهم مجالات الصحة العامة وبذلك فهي تعد جزءاً أساسياً لأي برنامج للصحة العامة ، فلم تعد التربية الصحية عملية ارتجالية بل أصبحت عملية تعليمية تماثل عملية التعليم وتهدف إلى تغيير المعلومات والاتجاهات والسلوكيات وذلك بهدف تحسين الأوضاع والاستعدادات والمعلومات والمزاوالات المتصلة بالصحة لتؤدي تدريجياً إلى إدراك أهمية الصحة وانتهاج السلوك الملائم تبعاً لهذا الوعي والإدراك.

ولتكون التربية الصحية عملية فعالة يلزم أن تتبع الأساليب الحديثة فيما يتعلق بطرق اكتساب المعلومات، تغيير الاتجاهات وتحويل السلوك الفردي. والأصحاء هم الرصيد الاستراتيجي لأي شعب من الشعوب ، ومسؤولية الحفاظ على الصحة تقع على عاتق كل فرد من أفراد المجتمع وعليه ينبغي الاهتمام بالتربية الصحية في رفع مستواهم الحياتي حيث أن إنتاج المجتمع ورفقيه يتوقف على مدى اكتساب وممارسة أفرادهم لمعايير ومبادئ الصحة . فانتشار الأمراض بأنواعها وأشكالها وتدني المستوى الصحي في أي بلد من البلدان لا يعود بالضرورة إلى نقص الخدمات الصحية الوقائية منها والعلاجية بقدر ما يعود إلى جهل أفرادهم كيفية الحفاظ على صحتهم وعدم معرفتهم كيف يسلكون السلوك الصحي السليم الذي يجنبهم الوقوع ضحية لأمراض شتى ويؤدي بهم إلى الوقاية من المرض والمحافظة على الصحة، وعليه يجب أن يكون الفرد مزوداً بالقدر المناسب من الثقافة الصحية والتي تمكنه من إدراك ما يهدده من أخطار صحية.

إذن فالتربية الصحية هي ذلك المجال الواسع أو النظام الموحد بين التربية والصحة فإذا

كانت:

- التربية هي عملية منظمة لإحداث تغييرات مرغوب فيها في سلوك الفرد في جوانب شخصيته الجسمية والعقلية والانفعالية والاجتماعية.

(شعلان محمد وناجي فاطمة ، 2001: ص19)

- الصحة حسب المنظمة العالمية للصحة هي حالة السلامة والكفاية البدنية ، العقلية والاجتماعية الايجابية وليست مجرد الخلو من المرض أو العجز.

(مفضي أبو هولاً و البلوي خالد، 2006: ص 199)

فالتربية الصحية هي الوسيلة الفعالة لتحقيق هذه الأغراض والعمل على تحسين صحة الأفراد ، فالتربية الصحية بمفهومها الحديث هي عملية تربوية يتحقق عن طريقها رفع الوعي الصحي للفرد عن طريق تزويده بالمعلومات والخبرات بقصد التأثير في معرفته وميوله وسلوكه من حيث صحته وصحة المجتمع الذي يعيش فيه كي تساعده على الحياة الصحية السليمة.

(William, j.h. and Abennathy, r ,1959: p 7)

فعلاقة التربية بالصحة علاقة وثيقة، إذ تؤثر كل واحدة منهما في الأخرى تأثيراً واضحاً، فمن أهم مهام التربية الأساسية تغيير سلوك الأفراد واتجاهاتهم، وإذا تعلق الأمر بالتربية الصحية فهي تؤدي إلى المحافظة على الصحة والوقاية من المرض . وهذا يعني أن انخفاض الوعي الصحي أساسه في الواقع أساس تربوي، لأنه يرجع إلى اكتساب الفرد السلوك الصحي السليم.

ولهذا فمفهوم التربية الصحية في تطور وتجدد مستمر بحيث أن وسائلها وأشكالها تتغير بتغير الحياة والنظم الاجتماعية ومفاهيم وظروف المجتمع ، وقد حظيت باهتمام العلماء لأنها تتجه أصلا إلى فكر الإنسان وعاداته وتقاليده ، بحيث أنها تعمل على تخليص الناس من العادات والتقاليد القديمة غير السليمة القائمة على أساس الجهل والتخلف الفكري والعلمي والاجتماعي وبالتالي فهي تسعى إلى تغيير وتصويب هذه الاتجاهات الخاطئة والسلوكيات غير الصحيحة وتقويمها وخلق أفراد ذوي مستوى عال من الوعي والمعرفة بالحقائق العلمية الخاصة بالصحة.

(حكمت فريحات ، هشام كنعان، 2002: ص280)

ويرى كلانز وزملائه **Glanz et all** أن التغييرات في نظام الرعاية الصحية أعطت فرص جديدة تدعم التنقيف الصحي، فهي تحترم حقوق المرضى وتركز أكثر على مشاركة واتصال المريض ويمكن أن تؤدي إلى تحسين النتائج الصحية.

(Glanz, K .Barbara , K. R. Viswanath, K.2008:p08)

فالتربية الصحية هي عملية تزويد الفرد بالمعلومات والخبرات بالطرق الايجابية المناسبة التي تساعد على إدراك مشاكله الصحية وإتباع السلوك الصحي للمحافظة على صحته وصحة أسرته وصحة المجتمع .

(قنديل إبراهيم ، 1971: ص49)

ولا تعني التربية الصحية تبليغ المعلومات فحسب، بل أيضا تعزيز الدافع والمهارات والثقة (فعالية الذات) لازمة لتحسين الصحة. فالتربية الصحية تشمل إيصال المعلومات التي تتعلق

بالأوضاع الاجتماعية والاقتصادية والبيئية التي تؤثر على الصحة، فضلا عن عوامل الخطر وسلوكيات الخطر واستخدام النظام الصحي .

(Public Health Agency of Canada 2008:p04)

وتعرفها المنظمة العالمية للصحة على أنها مجموعة من الوسائل تسمح بمساعدة الأفراد والجماعات على تبني سلوكيات ملائمة لصحتهم.

(OMS, (S.D) : p 09)

ونظرا لأهمية التربية الصحية بالنسبة للفرد والمجتمع فقد منحها مختلف الدول الكثير من عنايتها ورعايتها وخاصة بالنسبة للنشء في المدارس، لان الاهتمام بالنشء يعتبر هدفا كبيرا تضعه الدولة نصب عينها حيث أن هذا هو الطريق الصحيح للنمو الطبيعي والتقدم الحضاري للأمة الذي يقوم بناؤه على اكتشاف مواطنين أصحاء لا تمنعهم الأمراض ولا يعوقهم الضعف على أداء واجباتهم نحو رقي أمتهم والنهوض بشؤونها في كافة المجالات .

فالتربية الصحية لم تعد مجرد حشو عقول التلاميذ ببعض المعلومات المتعلقة بالصحة والمرض ، بل أصبحت عملية تربوية أساسية تستهدف تعديل السلوك وتغيير المفاهيم وإكساب الناس عادات صحية سليمة ترتبط بمفهوم صحي سليم في مختلف مراحل العمر .

(حجر سليمان و الأمين محمد، 2002: ص 1-2)

من خلال ما سبق من تعريفات نستخلص أن التربية الصحية (التثقيف الصحي) هو علم مشترك يستمد أصوله من العلوم الطبية والعلوم السلوكية وعلم النفس والعلوم الاجتماعية والعلوم

البيئية والعلوم الإدارية، ويهدف إلى تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض والعجز والوفاة المبكرة وتحقيق جودة حياة أفضل من خلال التنقيف الذي يستهدف تغيير سلوك المجتمع والأفراد.

إذن فالتربية الصحية تتحقق عن طريق ما يلي:

- 1- تزويد الفرد بالمعلومات والحقائق الصحية الوظيفية التي يستطيع أن يستفيد منها في مواجهة مشكلاته في حياته البيئية.
- 2- تكوين العادات الصحية لمساعدة الفرد على السلوك الصحي السليم بما يحقق له الصحة الشخصية.
- 3- اكتساب الفرد المهارات الصحية الأساسية اللازمة له ولا يمكن الاستغناء عنها في الحياة اليومية للفرد كتعلم الإسعافات الأولية والرعاية عند المرض .
- 4- تكوين الاتجاهات الصحية السليمة حتى يتحرر الفرد من الخرافات الشائعة في المجتمع.
- 5- إكساب الفرد طريقة التفكير السليم التي تقوم على الملاحظة الدقيقة وعدم تقبل الآراء والأحكام قبل التأكد من صحتها.

(Carter, L, Marshall, MD, 1977: p 17)

فالتربية الصحية عموماً مجموعة من النشاطات المقصودة intentionnelles لتحويل و/أو بناء معرفة مرتبطة بصحة فرد، جماعة أو منطقة .

(Le Centre d'expertise collective, 2001: p 24)

وهي تحث الناس على تبني عادات صحية في حياتهم وعلى إتباع هذه العادات ، واتخاذ قراراتهم حول صحتهم بأنفسهم سواء كانوا أفراداً أو جماعات ، وذلك لتحسين حالتهم الصحية وتحسين بيئتهم ، فالتربية الصحية لا تعني إيصال المعلومة ولكن أيضاً تنمية الحوافز والمهارات

والثقة في الذات ضرورية من اجل تحسين الصحة ، والتربية الصحية تشمل إيصال المعلومة الخاصة بالشروط الاجتماعية ،الاقتصادية والبيئية التي لها تأثير على الصحة وأيضا على مختلف عوامل الخطر وسلوكيات الخطر ، وعلى استعمال نظام الصحة .

(OMS, 1999: p 05)

مما سبق من التعريفات نلاحظ أن جميعها اتفق على أن التربية الصحية هي :

- عملية تعليم أفراد المجتمع كيفية حماية أنفسهم من الأمراض والمشاكل الصحية .
- عملية إكساب الفرد المفاهيم الصحية السليمة.
- عملية تزويد أفراد المجتمع بالخبرات الضرورية بهدف التأثير في معلوماتهم و ممارساتهم فيما يتعلق بالصحة تأثيرا جيدا.

وهكذا يمكن للباحثة أن تقدم تعريفا للتربية الصحية على أنها عملية ترجمة بعض الحقائق العلمية المعروفة إلى أنماط سلوكية صحية سليمة على مستوى الفرد والمجتمع، وذلك باستعمال الأساليب التربوية الحديثة ، من اجل رفع مستوى الوعي الصحي للمجتمع عن طريق تزويد المتعلمين بالمعلومات والخبرات بهدف التأثير في معارفهم، اتجاهاتهم وسلوكياتهم واكتسابهم عادات صحية تساعد على العيش في مجتمع سليم ، وهي في بحثنا هذا:

- إكساب التلاميذ المفاهيم الصحية.
- بناء اتجاهات وغرس سلوكيات صحية لدى التلاميذ وبالتالي لدى المجتمع.
- حث التلاميذ على تبني نمط حياة وممارسات صحية سليمة.

- التخلص من السلوكات المضرة بالصحة لدى التلاميذ وتبني سلوكات صحية معززة للصحة.
- تزويد التلاميذ بالمعلومات والخبرات بقصد التأثير في معارفهم وميولهم وسلوكاتهم من حيث صحتهم وصحة المجتمع الذي يعيشون فيه.
- وحتى تصبح التربية الصحية عملية تربوية لابد من توافر ثلاث حلقات رئيسية هامة يكمل كل منا الآخر ، ولتكون عملية التربية الصحية محققة لأغراضها ينبغي ألا تقتصر في اكتساب الفرد للسلوك الصحي على جانب واحد من هذه الجوانب الثلاثة والتي هي:
 - **جانب المعرفة:** إذ لابد أن يقوم تكوين العادات الصحية في حياة الفرد على فهم وإدراك عقلي تام مهما كان مستوى هذا الإدراك من الناحية العملية فالطفل يحتاج إلى تبسيط الحقائق الصحية حتى يفهمها ويعرفها بعناية، أما المثقف فيمكنه أن يتعرف على الحقائق الصحية من قراءة كتاب عن الصحة وما يتعلق بها.
 - **جانب الوجدان والعاطفة نحو المعرفة والسلوك:** فمن الأفضل لكي يتقبل الفرد التربية الصحية أن يجعل العادات الصحية مرتبطة بوجدان الناس ومشاعرهم، فيشعرون بالراحة والطمأنينة حين يمارسونها، وبالضيق حينما يتعذر عليهم عدم تحقيقها لأي سبب من الأسباب ، فتعريف الناس بحقائق الصحة شيء له أهميته ، ولكنه ليس كل شيء في التربية الصحية ، لأن التربية الصحية لا تستهدف تغيير معارف الناس فقط، بل كذلك تغيير اتجاهاتهم وسلوكهم وعاداتهم ، وهذه الأشياء لا تملئها على الفرد معارفه، وإنما تملئها عليه حاجاته واتجاهاته ومشاعره ،وما تفرضه عليه بيئته ،ومجتمعه من قيود وتقاليد.ومن ثم

فارقا كبيرا بين معرفة الشيء والإيمان به ، ثم أن هناك فارقا اكبر بين الإيمان بالشيء والعمل بما يقتضيه هذا الإيمان .

- **السلوك** : ذلك أن العملية التربوية التي لا تنتهي إلى سلوك وممارسة لا يمكن الحكم عليها بأنها قد حققت أغراضها كاملة ، لذلك فإن التربية الصحية لا يقاس مدى نجاحها بمقدار ما أستوعبه الأشخاص من معلومات ومعارف وحقائق صحية ، أو بارتباط هذه المعارف بوجودانهم ، إنما يقاس بمقدار ما يطبقونه من هذه المعلومات في حياتهم العملية ، وطريقة تعرضهم في حالة حدوث مشكلة صحية في محيطهم وسلوكهم الصحي بصفة عامة.

(حجر سليمان ، الأمين محمد ، 2002: ص 3-4)

وهكذا أصبحت التربية الصحية علم وفن التأثير على رغبات وسلوكات الأفراد في المجتمع من أجل إعدادهم للمحافظة على صحتهم ، وذلك بإدخال تغيير ايجابي على سلوكهم العام لتفادي الأمراض وتزويدهم بمفاهيم وقيم ومهارات جديدة باستخدام الأساليب التربوية الحديثة الهادفة إلى رفع المستوى الصحي و الاجتماعي للفرد والمجتمع .

ويبدأ هذا التغيير في السلوك والمفاهيم من المدرسة والجامعة إلى المصنع والمزرعة والشارع كي يشمل الشعب بمختلف فئاته العمرية والوظيفية والاجتماعية.

(بوخبزة نبيلة، 1997 : ص 34)

II. أهداف التربية الصحية:

إن التربية الصحية لا تستهدف نشر تعليمات الصحة وإنما تعلم أفراد المجتمع ما هو معروف عن التربية الصحية مثل: كيفية حمايتهم من الأمراض والمشاكل الصحية ، وكذلك عملية تغيير أفكار وأحاسيس الناس فيما يتعلق بصحتهم وتزويد أفراد المجتمع بالخبرات اللازمة بهدف

التأثير في معلوماتهم وممارساتهم فيما يتعلق بالصحة ، وذلك من خلال ترجمة القواعد الصحية إلى أنماط سلوكية عن طريق التعلم.

(القمش مصطفى وآخرون، 2000 :ص 70)

ومن بين أهم أهداف التربية الصحية نجد:

- 1- العمل على تغيير مفاهيم الأفراد فيمل يتعلق بالصحة والمرض ومحاولة ان تكون الصحة هدفا لكل منهم، ويتوقف ذلك على عدة عوامل من بينها النظم الاجتماعية القائمة، وكذلك على مستوى التعليم في هذا المجتمع ، كما تتوقف على الحالة الاقتصادية وعلى مدى ارتباط الأفراد بوطنهم وحبهم له ، ويتضح ذلك من خلال مساعدتهم للقائمين على برامج الصحة العامة في المجتمع ومحاولة التعاون معهم فيما يخططون له من برامج لصالح خدمة المجتمع .
- 2- العمل على تغيير اتجاهات وسلوك وعادات الأفراد لتحسين مستوى صحة الفرد والأسرة والمجتمع بشكل عام ، وطرق التصرف في حالات الإصابة البسيطة وفي حالة المرض وجميع الأعمال التي يشارك فيها كل أب وأم من اجل رفع المستوى الصحي في المجتمع.
- 3- العمل على تنمية وإنجاح المشروعات الصحية في المجتمع وذلك عن طريق تعاون الأفراد مع المسؤولين.
- 4- العمل على نشر الوعي الصحي بين أفراد المجتمع والذي بدوره سوف يساعد على تفهمهم للمسؤوليات الملقاة عليهم نحو الاهتمام بصحتهم وصحة غيرهم من المواطنين.

(سلامة بهاء الدين، 2001: ص 43)

فالتربية الصحية جزء هام من العملية التربوية التي يتحقق من خلالها رفع الوعي الصحي عن طريق تزويد المتعلم بالمعلومات والخبرات بهدف التأثير في معارفه واتجاهاته وسلوكه وإكسابه عادات صحية سليمة تساعده على العيش في مجتمع سليم.

وهناك رأيان بالنسبة للتربية الصحية وهما:

- الرأي الأول ويطلق عليه النموذج الوقائي: **préventif model** ويركز على الوقاية من الأمراض ويقوم على ضرورة مساعدة صغار السن على تقبل وتبني أنماط معينة من السلوك تتعلق بصحتهم.

- الرأي الثاني ويطلق عليه النموذج التعليمي أو التربوي **éducatif model** ويركز على النمو الذاتي للمتعلم وان سلوك الفرد القائم على حريته في اختيار السلوك الصحي السليم واتخاذ القرار الخاص به.

(الفرا فاروق ، 1984: ص 134)

وترى إقبال إبراهيم مخلوف أن للتربية الصحية أربعة أهداف هي:

الهدف الأول: تحسين صحة الأفراد والأسر والجماعات جسميا وعقليا ونفسيا واجتماعيا وذلك بالاهتمام بالغذاء والمسكن والرياضة والترفيه البريء، والعلاقات الإنسانية وتنظيم الأسرة.

الهدف الثاني: الأخذ بأسباب الوقاية من الأمراض ومن الحوادث، وذلك بمساعدة الأفراد على فهم الممارسات والعادات اللازمة للمحافظة على الصحة وتحسينها، كما يجب أن يعرف الأفراد ما هي الممارسات المطلوبة ؟ ولماذا تمارس؟ وكيف يمكن أن تؤدي ؟ **مثال:** الصحة الشخصية، وكيفية

المحافظة عليها، ورعاية الأمومة والطفولة والأنشطة المرتبطة بالإسعافات الأولية، وأنواع التغذية الصحية... الخ.

الهدف الثالث: المبادرة إلى العلاج السليم فور حدوث المرض أو وقوع الإصابة، والاستمرار في العلاج حتى الشفاء، وذلك عن طريق الاستفادة من الخدمات الصحية المقدمة إلى أقصى حد ممكن، وتوفير الدولة العديد من الخدمات الصحية، وهنا يجب أن يعرف الأفراد بوجودها وأنشطتها المختلفة، ومواعيد العمل بها.

الهدف الرابع: ترشيد الانتفاع بالخدمات الصحية والطبية والدوائية والغذائية والاجتماعية التي تقدمها الدولة.

(مخولف إقبال، 1991: ص 192-193)

إذن يتضح هنا أن أهداف التربية الصحية تطورت من الاهتمام بالمعلومات المتعلقة بالصحة فقط إلى الاهتمام بالسلوكيات والنشاطات التي تعزز الصحة وتحافظ عليها، لان مجرد توفير معلومات عن الصحة دون ترجمتها إلى سلوكيات ملموسة ليس بالهدف الرئيسي للتربية الصحية، فالصحة الجيدة ما نفعله من سلوكيات وليس ما نقوله أو نعرفه عنها لان المعرفة لا تؤدي بالضرورة إلى تغيير السلوك.

وبغرض التأثير الفعال على اتجاهات الأفراد والعمل على تعديل وتطوير سلوكهم الصحي لمساعدتهم على تحقيق السلامة والكفاية البدنية والنفسية والاجتماعية كان للتربية الصحية أهداف أولية عليها تحقيقها وهي:

1- اكتساب أفراد الجمهور المستهدف للمعلومات الصحية الأساسية والتي تشمل:

- معلومات عن جسم الإنسان ووظائف أعضائه المختلفة.

- معلومات عن الأمراض الشائعة والمعدية منها وسبل الوقاية منها.

- معلومات عن الخدمات الصحية - علاجية ووقائية - وطرق الاستفادة منها.
- معلومات عن الغذاء المتكامل وشروطه وأهميته للجسم من الناجية البنائية والوقائية.
- معلومات عن أهم المشكلات الصحية التي تواجه المجتمع مثل : المخدرات، السيدا، الانفجار السكاني... الخ وسبل المساهمة في مواجهتها.
- معلومات عن السلوكيات الصحية الخاطئة مثل: زواج الأقارب والعادات والتقاليد القديمة والخرافات ذات العلاقة بالصحة وخطورة ممارستها.

2- اكتساب الاتجاهات الصحية الصحيحة ، والتخلي عن الاتجاهات الخاطئة مثل:

- الاتجاه على المحافظة على الصحة العامة
- الاتجاه نحو المحافظة على البيئة ومنع تلوثها.
- الاهتمام بالمشكلات الصحية وإتباع الأسلوب العلمي في مواجهتها
- التأكيد على قيم النظافة والنظام والوقاية.
- الاتجاه نحو ترك الخزعبلات والخرافات والشعوذة كأساليب غير علمية في مواجهة المشكلات الصحية.

- تبني فكرة استشارة المتخصصين في شؤون الوقاية والعلاج من الأمراض المختلفة.

3- اكتساب الممارسات والمهارات الصحية السليمة أو ترك الممارسات الخاطئة مثل:

- إتباع نظام غذائي سليم يتناسب والمرحلة العمرية والحالة الصحية والأنشطة الحياتية.
- إتباع قواعد النظام والنظافة العامة والنظافة الشخصية والمحافظة على البيئة.
- عدم مخالطة المرضى، وخاصة المصابين بأمراض معدية.
- إجراء التحصينات المختلفة ضد الأمراض وفي مواعيدها.
- الابتعاد عن المخدرات والتدخين واستخدام المنشطات إلا في حالة الضرورة وتحت

إشراف طبي.

-إجراء الإسعافات الأولية الضرورية في الحالات المختلفة لحين الرجوع إلى الطبيب المختص.

(بسيوني محمد، 2004: ص 7-9)

أما بالنسبة للطلبة فقد حددت الأمانة العامة الصحية بالدول العربية أهداف التربية الصحية كما يلي:

- مساعدة الطلبة على اكتساب معلومات صحية سليمة.
- مساعدة الطلبة على اكتساب مهارات صحية سليمة ومناسبة.
- مساعدة الطلبة على اكتساب الاتجاهات الصحية المناسبة بطرق تطبيقية.
- مساعدة الطلبة على اكتساب صفة تذوق السلوك الصحي وتقدير جهود العلماء والأطباء في مجال الطب والصحة.

(المركز العربي للبحوث التربوية، 1982: ص 63-64)

من خلال ما تطرقنا إليه من رؤى مختلفة حول أهداف التربية الصحية نجد أنه حتى وان تعددت وجهات النظر واختلفت الأهداف إلا أنها تصب في اتجاه واحد وهو تحويل الأفكار والمعارف والمعلومات إلى سلوكيات ملموسة لدى الأفراد وبالتالي لدى المجتمع ككل ، فالمجتمعات عموما والمجتمع الجزائري خصوصا بحاجة ماسة إلى تنمية الوعي الصحي الذي يعتبر اهم أهداف التربية الصحية من اجل الحد من الكثير من المشاكل الصحية والأمراض المستعصية ولن يتسنى ذلك إلا من خلال تطبيق البرامج الصحية بأنواعها ومجالاتها خاصة لدى الفئة المتمدرسة باعتبارها تمثل جزءا كبيرا من فئات المجتمع وممثلا له.

وهكذا يمكن أن تحدد الباحثة أهداف التربية الصحية بالنسبة للتلاميذ كالآتي:

- اكتساب معارف ومفاهيم صحية عن أنفسهم وعن المجتمع و البيئة التي يعيشون فيها.
- تنمية وعي التلاميذ حول مواجهة المشاكل الصحية وكيفية إيجاد حلول لها.

- تزويد التلاميذ بالمهارات والخبرات التي تساعدهم على تنمية معارفهم واتجاهاتهم وسلوكهم الصحي.
- حث التلاميذ على تغيير مفاهيمهم الصحية الخاطئة وبالتالي التخلص من سلوكيات الخطر الصحية.
- خلق الرغبة والشعور بالرضى عن ممارسة عادات صحية سليمة.
- توعية التلاميذ حول التصرفات والعادات الصحية السليمة التي يتبعونها في حياتهم.
- تشجيع التلاميذ على القيام بأنشطة صحية داخل المدرسة وخارجها لتعزيز السلوكيات الصحية.
- الاشتراك والمساهمة بالفعاليات الصحية بأنفسهم ودون دافع خارجي.
- العمل على نشر الوعي الصحي بين التلاميذ والذي بدوره يساعد على تفهمهم للمسؤوليات الملقاة على عاتقهم نحو الاهتمام بصحتهم وصحة غيرهم.
- ترسيخ السلوك الصحي السليم وتغيير الخاطئ إلى سلوك صحي صحيح.

III. مجالات التربية الصحية:

لبلوغ غايات وأهداف التنقيف الصحي (التربية الصحية)، والمساهمة في عملية تحسين الشروط الصحية يجب العمل في جميع المجالات المحيطة، وجميع جوانب شخصيته وحياته، وهناك عدة مجالات يمكن، للتنقيف الصحي ممارسة نشاطاته الهادفة وهي:

أولا: البيت حيث يعمل التنقيف الصحي على:

- زيادة الاهتمام بالصحة الشخصية والنظافة العامة والتغذية ونوعية الملابس وساعات الراحة واللعب والنوم والسهر.

- ممارسة أفراد العائلة أسس الوقاية من الأمراض، وسرعة معالجة المصاب.
 - الاهتمام بصحة البيئة (مكافحة الحشرات، الطرق السليمة لحفظ الأغذية، الإضاءة المناسبة والتهوية الصحية...الخ)
 - إتباع أفراد الأسرة عادات صحية سليمة، وعدم ممارسة عادات صحية غير سليمة مثل :
الشرب من كأس واحد، أو استعمال منشفة مشتركة.
 - العناية بوسائل الترويح والترفيه والسفر، واستخدام الحدائق والمنتزهات.
- ثانياً: المدرسة:** يمكن إبراز دور المدرسة في عملية التنقيف الصحي بما يلي:
- تعاون المدرسة والوالدين لنقل التوعية الصحية إلى البيت.
 - تعاون المدرسة مع المؤسسات الصحية في إقامة المعارض والندوات، وتشكيل اللجان الخاصة بالتوعية.
 - قيام التلاميذ بنقل الإرشادات الصحية السليمة إلى بيوتهم من خلال النماذج والملصقات.
 - إشراك المعلمين بمجالات مكافحة الأوبئة، والأمراض السارية.
 - خلق الاهتمام لدى الطلاب بالتربية البدنية والألعاب الرياضية.
 - تعليم الطلاب كيفية مواجهة الحوادث والطوارئ المرضية، الإسعافات الأولية.
- ثالثاً: المجتمع:** تشتمل مجالات المجتمع: المقاهي، المطاعم والنوادي، والمنتزهات والمساجد والمعسكرات والمصانع وغيرها، مما يفسح المجال لكسب الأسس والمبادئ الصحيحة في جميع الأمور الصحية والاجتماعية، خاصة إذا كان المجتمع واعياً لأسس الصحة العامة.

(القمش مصطفى وآخرون ، 2000 : ص 187-188)

أما المنظمة العالمية للصحة فقد حددت أهم مجالات التربية الصحية في:

- 1- الصحة الشخصية
- 2- صحة الغذاء
- 3- صحة المستهلك
- 4- الصحة العقلية والنفسية
- 5- صحة الأسرة
- 6- صحة المجتمع
- 7- صحة البيئة
- 8- الأمن والوقاية من الحوادث
- 9- الوقاية من الأمراض و التحكم فيها
- 10- سوء استخدام المخدرات والمواد الضارة (عاكيف فؤاد ، 2015: ص 281)

ويرى فاروق الفرا أن من أهم الموضوعات التي أصبحت تركز عليها التربية الصحية نجد:

- 1- الصحة الشخصية : كالنظافة والتغذية الصحية والعناية بالبشرة واليدين وأظافر الأصابع ، والشعر، والوقاية من الأمراض ، والرياضة البدنية اليومية، والترفيه والصحة النفسية والعقلية والسلامة والوقاية من الحوادث.
- 2- الصحة الاجتماعية (صحة المجتمع): صحة المجتمع وسلامته وصحة البيئة وما يحيط بها والتربية للحياة العائلية والإسعافات الأولية ، وضرورة مشاركة المستوصفات مع الصحة المدرسية في تطوير التربية الصحية وتقديم خدمات الوقاية والعلاج.

(الفرا فاروق ، 1984: ص 136)

من خلال ما سبق نرى أن مجالات التربية الصحية تعددت نظرا لتعدد المراحل التي يمر بها الفرد في حياته ، واختلاف طبيعة وخصائص كل واحدة منها عن الأخرى ، لذا كان لزاما أن تكون هذه المجالات متكاملة ومتشابكة من اجل تحقيق السلامة والكفاية الصحية للفرد، والوصول به إلى تحويل المعتقدات والمعارف الصحية إلى سلوكيات وممارسات ملموسة ، لكن بالتدقيق في كل التصنيفات التي وضعت نجد أن هناك مجالات تكررت لدى معظم الباحثين وهي المجالات التي يجب أن يعرفها الأفراد باختلاف جنسهم وأعمارهم وخاصة تلاميذ المرحلة المتوسطة نظرا لطبيعة المرحلة النمائية التي يمرون بها ألا وهي بداية مرحلة المراهقة ، لذا كان لزاما علينا في هذه الدراسة التطرق إلى أهم مجالات التربية الصحية التي يحتاجها التلميذ في هذه المرحلة والتي يجب أن يشتمل عليها برنامج التربية الصحية:

1. الصحة الشخصية

2. التغذية

3. التربية الامانية والإسعافات الأولية

4. التربية الجنسية

5. صحة البيئة

6. الصحة العقلية والنفسية

7. العقاقير والتدخين

8. الأمراض والوقاية منها

9. صحة المستهلك

وتم الاعتماد في دراستنا هذه على مجالين أساسيين وهما:

أولاً: مجال التغذية والغذاء الصحي: حيث يهتم هذا المجال بالغذاء الصحي وأهميته في كل مراحل حياة الإنسان وخصوصاً في المراهقة، والوجبات الغذائية المتوازنة وكيفية المحافظة على الغذاء والعادات الغذائية السليمة .

ثانياً: مجال التربية الرياضية: ويشمل هذا المجال أهمية النشاط البدني للجسم وتنشيط أجهزة الجسم المختلفة والوقاية من الأمراض والشعور بالصحة والعافية، ودور التربية الرياضية في حماية الجسم من بعض مشكلات العصر كالسمنة والسكري وارتفاع ضغط الدم... الخ

IV. أسس التربية الصحية:

إن لبرامج التربية الصحية أسسا وحقائق يجب أن تتضمنها والتربية الصحية في مفهومها الحديث تقوم على الأسس التالية:

- 1- إن تدريس برامج التربية الصحية في المدارس باعتبارها جزءاً مقروءاً من المنهج.
- 2- أن توضع خطط دقيقة ومبرمجة لبرامج التربية الصحية في جميع المراحل الدراسية.
- 3- أن تعطى مفاهيم التربية الصحية ومضامينها الوقت المناسب في الخطة.
- 4- إن تقدم برامج مدرسية تربوية تناقش مشكلات المتعلمين كالمراهقة وغيرها.
- 5- الاستفادة من الدراسات العلمية والتربوية الحديثة في تطوير برامج التربية الصحية في مدارسنا.

(الفراء فاروق، 1984: ص 137)

أما نادية محمد رشاد فتري أن للتربية الصحية أسسا منها:

1- إن صحة الفرد يحددها كل من عامل الوراثة وأسلوب حياة الفرد، وذلك بسبب الاختلاف في التكوين.

2- أن التربية الصحية هي مسؤولية مشتركة ومباشرة لكل من المنزل والمدرسة.

3- أن التربية الصحية في المدرسة الابتدائية أو تعليم الصحة تقع أساسا على مدرس الفصل.

4- يتطلب برنامج التربية الصحية الفعال، الفهم والمشاركة والتعاطف والمساعدة من المتخصصين في الصحة في النظام المدرسي.

5- يجب على السلطة الإدارية بالمدرسة أن تتقبل وتتبنى التربية الصحية كجزء من البرنامج التعليمي للمدرسة إذا أرادت النجاح.

6- إن رفع مستوى صحة المدرس هام لبرنامج التربية الصحية، كما هو هام لنوعية وتكاليف التربية والتعليم.

7- إن الإعداد الوظيفي والمهاري للمدرس يشكل أهم العناصر في التربية الصحية للطفل ، فيجب إعداد برنامج التربية الصحية إعدادا مناسباً لبناء وخلق وتنمية شخصية المدرس ،

فالصحة هي أسلوب حياة وليست موضوع يمكن تدريسه ميكانيكياً.

8- من الضرورة تنمية العادات الصحية في الطفل قبل أن يكبر ويكون أكثر فهماً للأسباب العلمية التي تبنى عليها هذه العادات ، فالعادة مطلوبة قبل أن تكون المعلومة ممكنة ، فالتدريب على الصحة يبدأ في المنزل ويكتمل في المدرسة ، فنحن نبدأ تنظيم التدريب على الصحة في الفصول الدراسية الأولى ، ومع نمو الطفل نوضح بالتدرج المعلومة التي تبنى عليها العادة الصحية ، مع ملائمة المعلومة مع ميوله وقدراته.

(رشاد نادية ، 2000: ص 19-22)

وترى الباحثة أن أهم أسس التربية تتمثل في استغلال مرحلة الطفولة وخاصة مرحلة الطفولة المتوسطة والمتأخرة من أجل غرس العادات الصحية، وذلك بتكوين اتجاهات ومعارف تستند على أسس علمية ومعرفية تتماشى وطبيعة هذه المرحلة، وبالتالي تنمو هذه العادات كسمات شخصية يمكن تطويرها في المراحل اللاحقة. كما يجب الاعتماد على المدارس المعززة للصحة من خلال مناهجها وشخصية مدرسيها ونشاطاتها الصحية وبناءها الهندسي الذي ينمي القدرة على تفهم ضرورة السلامة الصحية بجميع مستوياتها السابقة الذكر: البدنية، النفسية والاجتماعية.

٧. أساليب ووسائل التربية الصحية:

إن التربية الصحية هو العمل مع الناس لحل المشكلات الصحية وتحسين نوعية الحياة ونشر الوعي الصحي وبالتالي تغيير السلوكات الصحية الخاطئة، وتكمن صعوبة تطبيق برامج التربية الصحية بشكل مؤثرٍ وواسعٍ في أنها تتعامل مع السلوك الإنساني المعقد الذي يحدده ، ويؤثر عليه عددٌ كبيرٌ جداً من العوامل البيئية والاجتماعية والثقافية والشخصية، فهو لا يكتفي فقط بإيصال المعرفة إلى الناس بل يجتهد للوصول للهدف الذي يسعى إليه وهو تغيير السلوك الخاطئ إلى سلوك صحي ، ولكي تكون رسائلنا الصحية أكثر إقناعاً وأقدر على التأثير فإن اختيار الوسائل التي تقدم من خلالها المعلومة الصحية أمر هام جدا .

(Artag,M, 2001 : p05)

ولا يتم هذا التواصل إلا عندما ترسل رسالة وتستقبل بشكل جيد بحيث يعي المتلقي المقصود من الرسالة التي يقولها المرسل ، والرسالة في التنقيف الصحي شيء مهم جدا لذا تنوعت طرق توصيلها واختلفت حتى يكون التواصل فعالا واهمها:

1- الاتصال المباشر: وتسمى أحيانا طرق المواجهة وهي التي تهيئ مقابلة المعلم للمتعلم ومواجهتهما ، ويعتمد الاتصال المباشر على شخصية المتقف الصحي وأسلوبه ومهارته وتدريبه، ويكون عادة بشكل مواجهة أو مقابلة بين المتقف وبين من يقدم لهم التوعية الصحية سواء كانت مواجهة فردية أو جماعية .

(بدح احمد و مزاهرة ايمن و بدران زين ، 2009: ص 21)

وقد يكون الاتصال المباشر في إحدى الصور التالية:

1-1 المواجهة الفردية (المحادثة الشخصية): وهي التي تتم بين مصدر الرسالة الصحية والمتلقي لها كان تكون بين الطبيب والمريض أو الممرضة والمريض أو بين الأخصائي الاجتماعي وعميله أو بين المعاون الصحي والمواطن أو المدرس وتلميذه.

(الصادقي سلوى ، 1999 : ص 212)

فهي إذن أن يلتقي المتقف الصحي بأي شخص آخر ويقدم له المعلومات والأسس الصحية وطرق الوقاية من الأمراض بأسلوب المحادثة الشفهية، المواجهة، وعادة ما يكون هناك حوار ونقاش وطرح أسئلة والإجابة عليها.

(بدح احمد و مزاهرة أيمن و بدران زين ، 2009: ص 21)

ويمكن استخدام هذه الطريقة في المناسبات التالية:

- إذا ما وجد شخص يعاني من مشكلة صحية خاصة مثلا :كالدرن أو الأمراض التناسلية وطبيعة المشكلة هنا اجتماعية ونفسية.

• إنشاء الزيارات الخاصة بالخدمات الصحية المختلفة سواء كانت وقائية خلال فترة الوقاية، كما في حالة الخدمات الصحية في مجال رعاية الأمومة والطفولة، وخدمات الصحة المدرسية، أو عند علاج الأمراض المعدية أو الأمراض الطفيلية أو في حالة علاج الأمراض غير المعدية أي خلال الزيارات التي تتم من أجل الخدمات المختلفة بالعيادات أو الزيارات المنزلية.

• حينما يرفض الفرد الذي يقاوم للحاق بركب النشاط الجماعي حيث يعتبر هذا الموقف ممثلاً لوجهه نظر متعلقة ببعض السلوك الصحي، وهنا على المثقف أن يتناقش معه ليبرز له بؤرة اهتمامه الخاصة من وجهة نظره، و يوضحها له.

(مخلف إقبال ، 1999 : ص194)

2-1 **الفصول الصحية:** وتستخدم للأهالي وتعد لموضوعات محددة وجماعات معينة، ومنها عقد فصل للأمهات عن رعاية الطفل والعناية به وتغذيته، ويعقد فصل آخر لمشرفات دور الحضانه عن رعاية الأطفال في سن الحضانه ، وفصل لمرضى السكري عن مرض السكري وعلاجه وهكذا، ويكون لهذه الفصول فاعلية كبيرة بشرط أن تأخذ بأسلوب المناقشة واتخاذ القرارات الجماعية، ويمكن أن تستخدم فيها وسائل الإعلام لجذب الانتباه ولشرح بعض جوانب الموضوع .وتستخدم الفصول الصحية بطريقة مباشرة لتلاميذ المرحلة الابتدائية والإعدادية حيث يخصص أسبوعياً درس لمادة الصحة ،وفي تلك الفصول يزود التلاميذ بالمعلومات والمعارف الصحية ،وقد ادخل على تلك الفصول التحسينات التالية:

أ- ربط موضوع الدرس بحياة التلاميذ وحاجاتهم وميولهم.

ب- إشراك التلميذ في الدرس عن طريق المناقشة وإبداء الرأي.

ت- الاستعانة بالوسائل السمعية والبصرية كلما أمكن ذلك.

1-3 الاجتماعات: ومنها حلقات المناقشة والمحاضرات واللجان الصحية والندوات والمؤتمرات.

(سلامة بهاء الدين ، 2001 : ص 139)

حيث اللقاءات المجتمعية التي تستهدف توصيل معلومات صحية في جانب معين سواء كان للمهتمين بالصحة أو العاملين في مجال معين أو لقاءات مع عامة المجتمع من خلال المؤسسات المجتمعية.

(الصدقي سلوى ، 1999 : ص 213)

لكن المحاضرات لا تفيد كثيرا في التربية الصحية للمجتمع لان المستمعين لا يركزون طول المحاضرة لذلك لا يستوعبون إلا القليل منها ، لذا يتوقف مدى استيعاب الناس للمحاضرة على شخصية المحاضر وطريقة إلقاء المحاضرة، وتتناول الطرق الجماعية (الفصول الصحية، الاجتماعات) كل من الجانبين التاليين :

أ- المحادثات والمحاضرات حيث يتكلم شخص وينصت الآخرون.

ب- المناقشات الجماعية حيث يناقش الأفراد مع متفهم الصحي مشكلاتهم الصحية.

والمناقشات في التنقيف الصحي مثمرة ومفيدة لأن الأفراد يمكنهم من خلال المناقشة أن

يقدموا أفكارهم ويوجهوا تساؤلاتهم، وبذلك يمكنهم أن يصلوا إلى مزيد من الفهم والوضوح، كما أن

المناقشات سوف تؤدي إلى تضامن أكثر ومشاركة فعالة من جانب الأعضاء الجماعة التي تشعر أن

أي تغير يحدث قد نبع منهم، وليس مفروضا عليهم، كما أن الموافقة والاعتماد الجماعي يعتبرها مأخذ الأحداث أي تغيير في السلوك.

فأحيانا يكون الناس مقتنعين ببعض الخرافات ولكنهم لا يستطيعون التغيير بسبب الأفكار الخاطئة التي تنسب إلى الدين أو التقاليد أو العقائد الخاصة بمجتمعهم، فإذا ما أحسوا أن الجماعة لن تعارض فلن يقاوموا أو يرفضوا التغيير.

(مخلوف إقبال ، 1999 : 194 – 195)

ويعتبر الاتصال المباشر(المقابلة المباشرة) وسيطا فعالا في التربية الصحية حيث يسمح بمرور المعلومات بوضوح والمشاركة الايجابية من جانب المتلقين، وبالتالي تغيير الطريقة أو الأسلوب بما يتفق والانفعالات والظروف وتتسم هذه الطرق بالمرونة حتى يكون هناك تجاوب مع المتلقين واستجابة فعالة للبرنامج.

(الصديقي سلوى ، 1999 : ص 213)

وللاتصال المباشر مميزات أهمها:

- 1- المشاركة الايجابية من جانب المتعلمين.
- 2- زيادة التوافق مع الحاجات الشخصية للمتعلمين.
- 3- تكييف الطريقة وفقا للظروف.
- 4- وضوح التجاوب والانفعال من جانب المتعلم للمعلم.
- 5- المرونة، فقد يحتاج الأمر لتغيير الموضوع أو الأسلوب إذا لم يظهر تجاوب من جانب المتعلمين.

(سلامة بهاء الدين ، 2001 : ص 139 – 140)

2- الاتصال غير المباشر: وهي عملية اتصال المثقف الصحي بطريقة غير مباشرة مثل

استخدام وسائل الإعلام المختلفة من فضائيات والتلفاز والمذياع والملصقات والصور

والمعارض ، وذلك لإبلاغ الرسالة التثقيفية الصحية إلى أفراد المجتمع بحيث لا نستطيع أن

نتعرف على ردود أفعالهم ومد استيعابهم لما تطرحه هذه الوسائل ومن أهمها :

1-2 وسائل الإعلام: هي تلك الوسائل المستخدمة لتوصيل المعلومات والخبرات إلى جميع

الناس، وتمتاز بمساعدة المثقف الصحي على الاتصال بعدد كبير من الناس في وقت واحد،

ومنها الأفلام السينمائية والأفلام التلفزيونية والنشرات والملصقات والراديو والتلفزيون

والصحف والمجلات والكتب والكتيبات.

(سلامة بهاء الدين ، 2001 : ص138)

وتعتبر وسائل الإعلام من أهم الوسائط التربوية الصحية في المجتمع ولكن رغم ايجابياتها في

توصيل المعلومات بسرعة ويسر وتوصيل المعلومات الحديثة جدا إلا أنها يشوبها بعض العيوب

حيث أنها عملية تسير في اتجاه واحد أي أن الرسالة تصل من المرسل إلى المستقبل فلا يمكن

الوقوف على مدى ردة الفعل عنده، أو تأثيرها عليه أو لا يمكن الوقوف على مدى فهمه للرسالة

المبلغة فهما صحيحا ولذلك تتوقف فعالية وسائل الإعلام في التربية الصحية على:

- المستوى التعليمي لأفراد المجتمع.
- المستوى الاقتصادي لهم.
- أسلوب عرض الرسالة الصحية سواء كان في صحيفة أو في إذاعة أو تلفزيون ومدى استخدام أساليب التشويق.
- استعداد المستقبل لتلقي مضمون الرسالة وعلاقتها باهتمامه.

- المستوى الثقافي لأفراد المجتمع.

(الصدقي سلوى ، 1999 : ص 211 - 212)

ونظرا لقصور فاعلية وسائل الإعلام في مجال التربية الصحية، وخاصة في البيئات المتخلفة ثقافيا يفضل ألا يعتمد عليها كلية بل يصاحبها استخدام طرق أخرى.

2-2 **طريقة الربط:** وتستخدم هذه الطريقة في المراحل الإعدادية والثانوية بنجاح ، لان مواد

الدراسة بهذه المراحل تسمح بذلك ، وتعني طريقة الربط ربط الحقائق والمعلومات التي

تتصل بالصحة وبالمرض بالمواد الدراسية المختلفة ، فعند تدريس مادة العلوم يمكن ربط

موضوعات المادة المختلفة بالنمو مثلا :

- ما يلزم الفرد من الغذاء.

- أنواع الغذاء التي تتناسب مع العمر

- الحشرات التي تنتشر في البيئة، وماهية خطورتها ومالا دورها في نقل الأمراض.

وعند تدريس مادة الطبيعة يمكن ربط موضوع الضوء بالعين من حيث تركيبها والعناية

بهاو الأمراض التي يمكن أن تصيبها، وهكذا بالنسبة للمواد الأخرى حسب تخصصاتها.

(سلامة بهاء الدين ، 2001 : ص 140)

3-2 **أسلوب حل المشكلات:** تمثل عمليات وأنشطة حل المشكلات أحد الاستراتيجيات الأساسية

في الأنشطة المتمركزة حول التلميذ ، والتي تعتمد علي تفعيل أداء التلاميذ من خلال تنشيط

بيئتهم المعرفية، واسترجاع خبراتهم السابقة ، لبناء معارف واكتساب مفاهيم جديدة لذا يعد

أسلوب حل المشكلات من الأساليب الجيدة في تدريس التربية الصحية ويطلق الكثير من

التربويين والمهتمين بالتربية الصحية على هذا الأسلوب الطريقة العملية للوصول إلى

النتائج واقتراح الحلول ، ويراعي فيها مجموعة من المبادئ الرئيسية منها:

-رفع الدافعية للتعلم (تؤكد الإستراتيجية علي ربط التعلم بالحياة ويشعر التلميذ بفائدتها).

-التفكير (تؤكد علي عمليات التوقعات ، الفروض ، الفحص ، والاختيار ، التعميم والتأكد من

معقولية الحل).

-يتم التأكيد علي إيجابية التلميذ حيث يعطي فرصة للتواصل من خلال دراسة المشكلة ، وفحصها

، وبناء التوقعات حولها ، والتنبؤ بالحلول ، وصياغتها ، ودراستها للوصول إلي النتائج وكتابتها ،

ويمكن العمل في هذه الإستراتيجية بشكل فردي أو جماعي وفي كليهما لابد من التأكيد علي

مجموعة من العمليات.

-إستراتيجية حل المشكلات تتطلب من التلاميذ العمل باستقلالية ، للوصول إلى حل الموقف

المشكل من خلال بناء التوقعات أو فرض الفروض ودراستها.

-يقوم التلاميذ بعمل جلسة بناء التوقعات حول المشكلة بالإضافة إلي استنتاج التعميمات المرتبطة

بها.

-تتطلب إستراتيجية حل المشكلات من التلاميذ الوصول إلي نتائج ، ومحاولة تعميمها للاستفادة

منها في مواقف أخرى.

-التأمل من خلال مناقشة التلاميذ معاً آرائهم وأفكارهم ، والنتائج التي تم التوصل إليها للاستفادة

من بعضهم البعض.

-من الضروري أن يكتب التلاميذ خطة عمل ، والتي تمثل جزءاً من ملف الأداء / الانجاز ،

ويجب علي التلاميذ عرض ومناقشة ما تم تخطيطه والتوصل إليه

(حسن عبد الحميد و شاهين عبد الحميد، 2011: ص 42)

وتتميز هذه الطريقة بما يلي:

- تعويد التلميذ على التفكير المنظم.
- زيادة القدرة على البحث والقراءة العلمية.
- إعطاء الفرصة للتلميذ على العمل المستمر حول موضوع المشكلة.
- ما يتعلمه التلميذ من هذه الطريقة يثبت في ذهنه لان العمل الذي قام به كان نابعا من رغبته ولإشباع ميوله.ولهذا تعتبر من أحسن الطرق لأنها تساعد التلميذ على التعامل مع مواقف صحية لها صلة بواقعه.

4-2 **استغلال المناسبات:** هذه الطريقة تثير انتباه التلاميذ للأحداث الجارية سواء داخل المدرسة، أو خارجها، ومن السهل استغلالها في تنمية الوعي الصحي لدى التلاميذ وذلك باستغلال مناسبة معينة في تحقيق هدف صحي معين ، فعند انتشار مرض معين في المدرسة أو في المجتمع يجب على هيئة التدريس أو المسؤولين عن الصحة العامة في المجتمع اقتناص هذه الفرصة لتقديم النصح والإرشاد للتلاميذ أو الأفراد عن طريق توعيتهم وتبصيرهم بأعراض ذلك المرض وخطورته وطرق انتقال العدوى .

(سلامة بهاء الدين ، 2001 : ص 143)

وحين إحياء اليوم العالمي للغذاء المصادف ل16 أكتوبر من كل سنة يجب استغلال هذه المناسبة لتقديم نصائح حول التغذية السليمة ،كيفية المحافظة على الغذاء وعلاقة الغذاء بالأمراض المزمنة...الخ.

5-2 **القوة الحسنة:** التلميذ في هذه المرحلة يتعلم عن طريق التقليد والمحاكاة لذلك ينبغي على المدرس أن يكون قدوة حسنة من حيث قوة الشخصية وحسن المظهر والنظافة والطموح

والعمل والمثابرة والثقة بالنفس وعدم الاعتماد على الغير وحسن اللفظ حتى يقلده التلاميذ ويصلون إلى مستوى عال من الصحة البدنية والنفسية.

6-2 إستراتيجية القصص والحكايات: وتعتمد علي قدرة المعلم على تحويل موضوع التعلم

إلى قصة بأسلوب شيق وممتع ويمكن الاعتماد علي هذا المدخل في تنفيذ الدرس كلية ، أو استخدامه في بداية الحصة لجذب انتباه التلاميذ نحو موضوع التعلم. ويتطلب من المعلم مجموعة من المهارات منها:

-القدرة علي تحديد الدروس التي يمكن استخدام القصص لتنفيذها.

-بناء قصة حول موضوع التعلم.

-العرض بطريقة مشوقة للتلاميذ.

-التأكد من تحقيق الهدف الأساسي من موضوع التعلم ، فربما ينشغل المعلم والتلاميذ بالقصة بعيداً عن أهداف التعلم الأساسية.

-القدرة علي تقويم التلاميذ بشكل قصصي.

(حسن عبد الحميد و شاهين عبد الحميد، 2011: ص 32)

7-2 طريقة المشروعات: ترجع فكرة طريقة المشروع في التعليم إلى مربي القرن الثامن

عشر والتاسع عشر كروسو ومن جاء بعده كبستالوزي وهربارت وفروبل، حين نادوا بحرية الطفل وإحلاله المحل المناسب في عملية التربية والتعليم وجعله مركز الفعالية تدور حوله جهود المربين والمدرسين، ثم جاء كلباتريك فتمسك بطريقة المشروع وبحث فيها حتى اعتبره المربين ركنا أساسيا في بناء هذه الطريقة، وقد اقتضت هذه الطريقة قديما على الأشغال اليدوية والزراعية، إلى أن جاء كلباتريك وادخلها إلى المدارس كطريقة لتعليم التلاميذ، وتعنى هذه

الطريقة بربط التعليم المدرسي بالحياة التي يحيها المتعلم خارج المدرسة وداخلها معا، أي أننا نستهدف ربط المحيط المدرسي بالمحيط الاجتماعي.

ولقد تم تحديد خمس مراحل أساسية للمشروع وهي:

أ- **الهدف من المشروع:** يجب أن يكون الهدف من المشروع هو إكساب التلاميذ المعرفة والمهارات والخبرة، وان يتوقف على طبيعة المشروع وإمكانية التنفيذ والتوصل إلى الحقائق المحددة من خلال الإحساس بوجود المشكلة وتحديدها.

ب- **اختيار المشروع:** تعتبر عملية اختيار المشروع من أهم خطوات أو مراحل إنجاز المشروع، لان الاختيار الناجح للمشروع يساعد في إنجازه بينما الاختيار السيئ سيعرض المشروع للفشل.

ت- **وضع الخطة (التخطيط):** يمثل التخطيط خطوة حيوية ومهمة من خطوات المشروع لأنه يحدد الإطار النظري للمشروع، وعلى المدرس أن يشرك التلاميذ في عملية التخطيط ويكون دوره بالإشراف على عملية التخطيط والتوجيه وتصحيح الأخطاء التي قد يقع فيها التلاميذ.

ث- **تنفيذ المشروع:** وفيها يبدأ التنفيذ الفعلي للمخطط المرسوم على الورقة ويكتسب المتعلم الخبرة في أداء الأعمال، والقدرة على تجاوز المعوقات والاعتماد على النفس.

ج- **تقويم المشروع:** تقع مهمة تقييم المشروع على عاتق المدرس بشكل أساسي، وعلى المدرس أن يشرك التلاميذ في عملية التقويم، حيث يقوم المدرس بالإطلاع على كل ما تم إنجازه من قبل التلاميذ مبينا أوجه الضعف والقوة والأخطاء التي وقع فيها التلاميذ أثناء تنفيذ المشروع.

وتتوقف عملية الحكم على نوع المشروع كما يلي:

* إذا كان المشروع فردياً: يجب أن يكون الطالب بتقييم نفسه، وعلى المدرس أن يزوده بمعايير التقدير وكيفية استخدامها في تقدير نتائج عمله، وإذا لم يكن حكم الطالب على نفسه صالحاً على المدرس أن يحكم على ذلك، لأن نقد الطالب لنفسه أكثر فائدة من النقد الذي يوجه له من الآخرين، وهذا ينمي عادة النقد الذاتي لدى التلاميذ.

* إذا كان المشروع جماعياً: يجب أن يكون الحكم للطلبة جميعهم، فالانتقادات التي يوجهها الطلبة لبعضهم يتقبلونها أكثر من تلك التي يوجهها إليهم المدرس. مميزات طريقة المشروع: لطريقة المشروع مميزات عديدة أهمها:

1. إمكانية تطبيقها في مختلف المراحل الدراسية.
 2. إمكانية استخدامها في مختلف التخصصات الدراسية.
 3. تدريب التلاميذ على العمل الجماعي.
 4. تدريب التلاميذ على مواجهة المشاكل
- سلبيةات طريقة المشروع : توجه لطريقة المشروع بعض الانتقادات ومنها:

1. عدم تغطيتها للمنهج الدراسي بالكامل.
2. استغراق الوقت الطويل لتنفيذها.
3. التكلفة المادية والمالية العالية.
4. الإفراط في إعطاء الحرية للطلبة.

(عطوة زاهر و قباجة زياد و عبوشي فهمي و أبو جزر حازم ، 2010 : ص 65-69)

8-2 أسلوب العصف الذهني: هو تقنية جماعية لتوليد أفكار جديدة ومفيدة، تستخدم خلالها

قواعد بسيطة بغرض زيادة الفرص في الإبتكار، ويعتمد نتاج العصف الذهني بشكل كبير

على قدرات قائد الجلسة للتخطيط، وإدارة الجلسة.

(نياز عبد العزيز ، 1425هـ : ص 202)

هذا الأسلوب يهدف إلى الحصول على عدد كبير ومتنوع من الأفكار ويمكن استخدام هذه

الطريقة لتحقيق الأهداف التالية :

- إيجاد البدائل في عملية اتخاذ القرار واختيار الأنشطة والتمارين التي يود الفرد ممارستها.
- إيجاد حلول للمشكلات أو معالجة مجموعة من الأفكار والآراء التي يمكن أن تكون مناسبة لإجراء البحوث وكتابة التقارير.
- استخلاص وتدوين الأفكار العامة حول الدرس لتكون محورا للمناقشة.

وعند استخدام هذا الأسلوب نتبع الخطوات التالية:

- يكتب المعلم (المتقف الصحي) عنوان الدرس على السبورة.
- يعطي المعلم تعليمات حول ما سيتم عمله في الدرس والوقت المحدد لذلك.
- يدون المعلم الأفكار التي يطرحها على السبورة.
- يمكن للمعلم طرح مجموعة الأفكار عندما يسود الصمت غرفة الصف.
- على المعلم أن يزود التلاميذ بالمفردات ويشجعهم على الإتيان بالمزيد من الأفكار.
- يطلب المعلم من التلاميذ عدم الاستهزاء بأفكار زملائهم.
- بعد انتهاء الوقت المحدد يقوم المعلم بمراجعة الأفكار المدونة على السبورة وقراءتها لكي يتسنى لمن يريد الاستيضاح حول الأفكار الغامضة المطروحة من قبل زملائهم أو مناقشة وتحليل الأفكار.

- وفي هذه المرحلة يستطيع المعلم أن يوضح الآراء وقيمتها ويعيد تصنيفها بعد التخلص من الغير مناسب منها ثم ترتب بحسب الأهمية وبالتالي يمكن للمعلم بعد ذلك أن يستخدم

الأفكار المهمة كي تكون محور النقاش في الحصة أو أن تكون محور نشاط عملي ككتابة

تقرير أو زيارة ميدانية أو إعداد ملصقات..الخ

وفيما يلي بعض الأسئلة المتعلقة بحالة العصف الذهني للتأكد من أننا في الطريق الصحيح:

- هل الحالة مفصلة وواضحة؟
- هل هي مستعرضة بشكل كاف بحيث لا تستبعد الأفكار المفيدة؟
- هل هي متحيزة بحيث تمنع بعض خطوط التفكير؟
- هل يمكن التفكير بطريقة أفضل لتفصيل الحالة؟

(نياز عبد العزيز ، 1425هـ : ص 204)

9-2 **التعلم الذاتي** : هو التعلم الذي يتحقق نتيجة لتعليم الفرد نفسه بنفسه من مصادر التعلم

المختلفة ، وفيه يتعلم الفرد كيف يتعلم ومن أين يحصل على مصادر التعلم مثل : التعليم

المبرمج ، رزم التعليم (الحقائق التعليمية) ، والتعليم بالحاسوب...الخ

وعرف كمال زيتون التعليم الفردي بأنه ذلك النمط من التعليم المخطط والمنظم والموجه فردياً أو

ذاتياً ، والذي يمارس فيه المتعلم الفرد النشاطات التعليمية فردياً ، وينتقل من نشاط إلي آخر متجهاً

نحو الأهداف التعليمية المقررة بحرية وبالمقدار وبالسرعة التي تناسبه ، مستعيناً في ذلك بالتقويم

الذاتي وتوجيهات المعلم وإرشاداته حينما يلزم الأمر ، وقد تشغل نشاطات هذا النمط الذي يطلق

عليه البعض التعلم المستقل جزءاً من حصته أو حصته كاملة أو مجموعة محددة من الحصص ، كما

أنها قد تسبق نشاطات جماعية مشتركة أو تعقبها .

(حسن عبد الحميد و شاهين عبد الحميد ، 2011 : ص 44-45)

10-2 **طريقة الدروس العملية:** فيها يشارك التلميذ في إجراء التجارب المختلفة للتوصل إلى

المعلومات، ومجال التربية الصحية غني بعدد من الموضوعات الصحية التي يمكن التأكد منها عمليا.

11-2 **الاستفادة من أوجه النشاط المدرسي:** يمكن الاستفادة من أوجه النشاط المدرسي

المختلفة ومنها:

• **النشاط الرياضي:** من خلاله يمكن تزويد التلاميذ بالمعلومات الصحية عن أثر وفوائد ممارسة التربية الرياضية.

• **النشاط الثقافي والاجتماعي:** من خلاله يمكن تزويد التلاميذ بالمعلومات والحقائق الصحية عن طريق صحيفة المدرسة، والتمثيليات، والمسرحيات، والرحلات، وعقد الندوات، والمحاضرات.

• **الزيارات الميدانية:** من خلال زيارة الوحدات الصحية، والهيئات الصحية، ومعرفة كيفية الاتصال بها في حالات الطوارئ، وكذلك لعمل مقابلات مع الأطباء، ومحاولة الاستفادة من خبراتهم في التوعية الصحية.

12-2 **طريقة تمثيل الأدوار:** وفيها يتقمص التلميذ دور شخصية ما مثل " طبيب - فرد مصاب

بالأنفلونزا - مدرس " ويكتسب من خلالها معلومات واتجاهات وخبرات حيث يمثل كل تلميذ دوره ويوضح أسباب وحل المشكلة.

رغم تعدد الوسائل والأساليب المتاحة في التربية الصحية والمذكورة سابقا إلا أنه بإمكان المعلم

أو المتقرف الصحي تعديل الأساليب المقترحة وتطويرها في الظروف التربوية المحيطة، والإمكانات

التي تقتضيها وتتيحها مصادر البيئة المحلية، أو المدرسية، أو في ضوء قدرات التلاميذ وحاجياتهم واهتماماتهم.

VI. صفات المتقف الصحي:

المتقف الصحي هو العامل الأساسي في نجاح نشاط التنقيف الصحي وبلوغه الأهداف المنوطة به، ولهذا كان الاهتمام بتأهيله وتدريبه ودعمه وتيسير السبل أمامه حتى ينجح في مهمته، ومن أهم صفات المتقف الصحي:

- أ- أن يكون قدوة في سلوكه وتصرفاته.
- ب- أن يتميز بمظهر خارجي لائق.
- ت- أن يكون قادراً على التعبير اللغوي السليم الواضح.
- ث- أن يتفهم طبيعة المتلقي وإمكاناته، وان يتعاطف معه.
- ج- أن يكون مقبول الحركات والإشارات دون مبالغة.
- ح- أن يكون باشاً، مرناً ولبقاً.
- خ- ألا يبدي الضيق والتوتر ويفسح صدره لأسئلة الجمهور وملاحظاته.
- د- أن يبدأ بداية جذابة تشد المتلقي، وان ينهي عمله والناس متشوقون للمزيد، فلا يسترسل حتى يملوه ويبدووا في الانصراف عنه.
- ذ- أن يعامل الجميع كإخوة وأصدقاء حتى يكتسب حبهم وثقتهم.
- ر- أن يكون الحديث من طرف واحد (أي منه فقط) عند اللقاء الجماعي، بل لا بد أن يعطيهم كامل الفرصة ليعبروا عن ذواتهم.
- ز- أن يحتفظ بعلاقات ودية مع عدد منهم خارج النشاط وبصفة تكاد تكون دائمة، وهذه العلاقة الشخصية تساعد في إنجاز العمل.

س- أن يكثر الحديث عن مظاهر الحياة الصحية السليمة وروعيتها، أكثر من حديثه عن الأمراض وهمومها، وان يفتح باب الأمل دائماً.

(الكيلاني نجيب، 2012: ص 12- 13)

وترى الباحثة أن الصفات الشخصية للمثقف الصحي سواء كان معلماً أو طبيباً أو مختصاً نفسانياً تلعب دوراً جدياً مهم في نجاح عملية التربية الصحية، إذ أن تميزه بأغلبية الصفات السابقة الذكر تجعل الرسالة الصحية تلقى الإقبال من طرف الأفراد وأهم هذه الصفات مخاطبة الأفراد انطلاقاً من المعطيات البيئية والثقافية والاجتماعية لهم.

ثانياً: الصحة المدرسية:

1. مفهوم الصحة المدرسية:

إن المدرسة مؤسسة تعليمية تلعب دوراً هاماً في تكوين التلاميذ من الناحية التعليمية والثقافية، كما أنها ترعى التلاميذ من الناحية الصحية عن طريق توفير الرعاية الصحية السليمة وإكسابهم السلوك الصحي السليم، وهذا يؤدي في النهاية بالنهوض بمستوى الصحة العامة للمجتمع. وتهتم جميع الدول في الوقت الحاضر بالصحة المدرسية وتوفر لها جميع الوسائل التي تساهم في نجاح أهدافها.

وبما أن المدرسة تعد من أهم المؤسسات التي يعهد إليها المجتمع بمهمة رعاية أبنائه وتنشئتهم وإكسابهم القيم والاتجاهات وأنماط السلوك السوي إلى جانب إكسابهم المعارف والمهارات، فإنها تلعب دوراً كبيراً في تكوين الاتجاهات والعادات وأنماط السلوك الصحي السليم لدى التلميذ، وعليه فمن واجبها أن تعمل على توثيق علاقة المناهج الدراسية بالصحة وكذلك تعزيز الصحة المدرسية وتنميتها.

وتعرف الصحة المدرسية على أنها: مجموعة المفاهيم والمبادئ والأنظمة والخدمات التي

تقدم لتعزيز صحة الطلاب في السن المدرسية، وتعزيز صحة المجتمع من خلال المدارس.

(بدح احمد و ماهرة أيمن و بدران زين ، 2009: ص 25)

حسب الأنصاري ما يتعلق بصحة الطلبة والأسرة التعليمية وحمايتهم من الأمراض المختلفة

ورفع المستوى الصحي في بيئة المدرسة والبيت لخلق جيل جديد صحيح البنية وسالم من الأمراض

والعاهات.

(عبد اللطيف ميادة ، 2011:106 ص 72)

والصحة المدرسية ليست تخصصاً مستقلاً وإنما هي بلورة لمجموعة من العلوم والمعارف

الصحية العامة كالطب الوقائي وعلم الوبائيات والتوعية الصحية والإحصاء الحيوي وصحة البيئة

والتغذية وصحة الفم والأسنان والتمريض.

II. أهداف الصحة المدرسية : للصحة المدرسية هدفان:

• **الهدف الوقائي:** يستهدف حماية الأفراد داخل المدرسة من مجموعة العوامل التي قد تعد

مسؤولية عن سوء توافقهم الشخصي و الاجتماعي و الدراسي، و يعتبر التوجيه التربوي

طريقاً لمساعدة الأفراد داخل هذه المؤسسة التربوية على حل مشكلاتهم حتى يصبحوا قادرين

على مواجهة ما يشابهها في المستقبل.

• **الهدف العلاجي:** وهذا الهدف تستخدم فيه الطرائق و الأساليب العلاجية المختلفة (كتوافر

الخدمات الصحية و العلاجية و توافر المكتبات) و التوافق بمختلف أبعاده داخل البيئة

المدرسية مما يسهم في توافر صحة الطلاب النفسية و الجسمية في المدرسة.

و يمكن القول أن هناك علاقة وثيقة بين صحة الطلاب النفسية والجسمية و بين ما يتوافر من شروط إيجابية في بيئاتهم المدرسية و هو ما نطلق عليه البيئة المدرسية السوية و هو ما يرادف الصحة المدرسية فتفاعل الطلاب داخل هذه البيئة بصور إيجابية سوية يعيد مؤشرا إيجابيا أيضا بأن لديهم توافق أفضل في المستقبل مع مكونات هذه البيئة. فالأفراد الأكثر توافقا هو الأكثر نجاحا في المواقف المختلفة.

(على على د.ت : ص84-86)

وتقوم الوحدات الصحية المدرسية بتنفيذ العديد من البرامج الصحية ، ففي مجال الوقاية تقوم الوحدات الصحية المدرسية بفحص الطلاب المستجدين حيث تقدم لهم التطعيمات اللازمة ضد الأمراض المعدية، كما تقوم بمراقبة البيئة المدرسية التي تشمل المباني المدرسية والمرافق الصحية والمقصف، حتى تتأكد من توافر العوامل الصحية السليمة في البيئة المدرسية، وفي مجال الخدمات العلاجية تقوم الوحدات الصحية المدرسية بعلاج التلاميذ من الأمراض المختلفة وتقدم لهم الدواء اللازم لكل مرض، كما تقوم بتحويل بعض الحالات المرضية التي تحتاج إلى فحوصات كثيرة أو عمليات خاصة إلى المستشفيات لاستكمال بقية مراحل العلاج. وفي مجال التنقيف الصحي ، تساهم الوحدة الصحية في رفع المستوى الصحي للتلاميذ وكذلك بقية أفراد المجتمع عن طريق العديد من الوسائل مثل المحاضرات والندوات وعرض الأفلام العلمية والتدريب على عمليات الإسعافات الأولية. (شكر فايز واسعد أمان و عبد الحلیم أبو القاسم ، 1999: ص 13)

وبالنسبة للجزائر فأنشطة حماية الصحة في الوسط المدرسي تتم بالتنسيق بين وزارة التربية الوطنية ووزارة الصحة والسكان وتهدف أساسا إلى:

-ضمان فحوص طبية منتظمة للتلاميذ.

-التكفل بالإصابات المكتشفة ومتابعتها.

-ضمان تغطية تلقيحية كاملة.

-تأمين زيارات منتظمة للمؤسسات التي تتوفر على مطاعم مدرسية.

-مراقبة نظافة المياه والمحيط.

ولقد تعززت الخدمات الصحية خاصة منذ 1992 بإنشاء لجنة للتنسيق بين الوزارات المعنية،

بادرت بوضع إستراتيجية جديدة للتكفل بصحة التلاميذ في الوسط المدرسي تركز على هيكل

قاعدي يسمى: "وحدة الكشف والمتابعة" تتكفل ب:

-تحسين نوعية الخدمات ومستوى التغطية الصحية.

-تنمية نشاطات وقائية وأعمال صحية.

-ترقية التربية الصحية في الوسط المدرسي.

ويشتمل نشاط وحدات الكشف والمتابعة مقاطعة جغرافية مدرسية تضم ما بين 4 إلى 6 آلاف تلميذ.

(صدراتي فضيلة، 2014: ص 291)

III. التربية الصحية المدرسية:

كثيراً ما تفرض بعض الاهتمامات نفسها على العاملين في الصحة المدرسية والمدارس،

خصوصاً أن مسؤولية المدارس توسعت لمواكبة التغير والتطور الكبيرين في المجتمعات، مع ما

يرافق ذلك من حياة مدنية معقدة ورسائل متناقضة ومضلة توجه بشكل خاص للأطفال والمراهقين

في السن المدرسية، وكلنا يعلم خصوصية السن المدرسية وما يميزها من سعة الاستيعاب وسهولة

التأثير . والتلميذ خلال هذه الفترة العمرية تكون المدرسة له المجتمع والبيئة الصغيرة التي يعيش

فيها ويتأثر ويؤثر فيها. ويأتي ما سبق ليبين أهمية التوعية الصحية في السن المدرسية وضرورة

إيصال الرسالة الصحية ذات الأولوية والمبنية على أساس علمي وصادق ، وأن تقدم في الزمن المناسب وللسن المناسبة.

وتعتبر التربية الصحية جزءا هاما من العملية التربوية التي يتحقق من خلالها رفع الوعي الصحي عن طريق تزويد المتعلم بالمعلومات والخبرات بهدف التأثير في معارفه واتجاهاته وسلوكه وإكسابه عادات صحية سليمة تساعده على العيش في مجتمع سليم.

(الفرا فاروق ، 1984: ص 134)

فزيادة الوعي الصحي لدى الأفراد حاجة ماسة بشكل عام، وفي المدرسة بشكل خاص، وذلك لأنه وبالتوعية الصحية نستطيع أن نكسب التلميذ عادات ومهارات، ومعارف صحية جديدة يستفيد منها في حياته، وينقلها إلى أفراد أسرته ومجتمعه المحلي. وهكذا فالتربية الصحية في المدرسة لا تقتصر على إكساب التلاميذ للمعلومات وتزويدهم بالخبرات التي يهتمهم أن يعرفونها عن صحتهم وصحة المجتمع الذي يعيشون فيه بل تتعداها إلى التأثير على ميولهم واتجاهاتهم بحيث تصبح هذه المعلومات عبارة عن توجه يحمل القناعة والممارسة الآلية للسلوكات الصحية للوقاية من الأمراض والمحافظة على صحتهم وصحة مجتمعهم .

إذن فالتربية الصحية المدرسية الشاملة تساعد التلميذ على تطوير السلوك الصحي المبني على النظريات العلمية والأفكار والمهارات المرتبطة بالمعلومات الصحية والاختبارات الصحية السليمة و التي بالتالي تؤدي إلى تحسين النواحي البدنية والنفسية والاجتماعية والعقلية له ، فكما هو ثابت فان معظم السلوك السلبي الذي يؤثر على الصحة في الكبر يتكون لدى الأفراد في مرحلة الشباب ، و للحصول على نتائج أفضل تدعم تطبيق الطالب التطوعي للمعلومات الصحية و اتخاذ القرار السليم فيما يتعلق بصحته وصحة الآخرين سواء الآن أو في المستقبل ، علينا مراعاة العمل

والتخطيط الجماعي و تضافر الجهود بين المدرسة والمنزل والمجتمع في إعداد برامج التربية الصحية المدرسية الشاملة.

(شهادة إيمان، 2009: ص 15)

IV. أسباب الاهتمام بالتربية الصحية بالمدرسة:

تفرض التربية الصحية نفسها على الساحة التربوية لتكون أحد المكونات الرئيسة للمنهج المدرسي في جميع المراحل التعليمية ولجميع الدول سواء أكانت متقدمة أم نامية ؛ نظراً للمبررات التالية :

1- يمثل التلاميذ في جميع المراحل التعليمية نسبة مرتفعة من مجموع السكان ؛ ولذلك فإن الاهتمام بهم يعني ضمناً الاهتمام بالقاعدة العريضة من المجتمع.

2- التقاء التلاميذ مع بعضهم في المدارس - ودون توافر التنور الصحي لديهم - يعطي فرصة لانتقال الأمراض المعدية من بعضهم البعض ؛ ويترتب عليه انتقالها لأفراد أسرهم ؛ مما يضخم من حجم المشكلة.

3- القصور الواضح في تحقيق ما ينبغي أن تقوم به الأسرة خاصة في خضم المشكلات الاقتصادية التي تجبر الأم والأب إلى الخروج إلى سوق العمل؛ مما يزيد العبء على عاتق المدرسة في تحقيق وتنمية الوعي الصحي.

4- تزايد مظاهر السلوكيات التي تنم عن غياب التنور الصحي لدى أفراد القاعدة العريضة من المجتمع ، ومنها : انتشار معدلات التدخين واستخدام العقاقير ، والسلوكيات الغذائية غير الصحية ، وكثرة الحوادث والأخطار التي يتعرضون إليها ؛ مما يعني أنهم بحاجة إلى خطط مناسبة مقصودة بغية تحقيق الوعي الصحي لديهم.

5- قد تشكل المدرسة بتقليديتها ، وأهدافها غير الواضحة ، ومناهجها البعيدة عن الحياة التطبيقية عبئاً كبيراً على التلاميذ ؛ ويجعلهم عرضة لبعض الأمراض النفسية مثل: الانطوائية ، والعزلة ، والعدوانية ، ومشاعر الإحباط.

(صالح صالح، 2002: ص 2-3)

6- يعتبر التلاميذ في السن المدرسي اليوم هم رجال الغد والعناية بهم وبصحتهم معناها إيجاد أجيال قوية تساهم بنصيبها كاملاً في الإنتاج وفي نهضة ورفاهية المجتمع.

7- تعتبر فترة السن المدرسي من أهم مراحل العمر من حيث النمو والتطور السريع الذي يطرأ على التلاميذ سواء كان ذلك من الناحية البدنية أو النفسية أو الاجتماعية مما يتطلب الظروف المناسبة لتطور ونمو كامل.

8- كلما كان التلميذ يتمتع بصحة جيدة كان قادراً على التعليم واكتساب المعلومات والخبرات التعليمية التي تهيئها له المدرسة عملاً بمبدأ العقل السليم في الجسم السليم.

9- التربية الصحية في المدارس تساعد التلاميذ على اكتساب السلوك الصحي السليم، وقد يساعد هذا التأثير الطيب في أسرهم الحالية والمستقبلية عندما يكبرون ويصبحون آباء وأمّهات.

(سلامة بهاء الدين ، 2001 : ص 162-163)

v. أهداف التربية الصحية المدرسية:

لا تختلف أهداف التربية الصحية المدرسية كثيراً عن أهداف التربية الصحية العامة فالتربية الصحية العامة تكون لأبناء المجتمع بشكل عام والتربية الصحية المدرسية تكون لطلبة المدرسة

بشكل خاص حيث تتولى إدارة المدرسة ومعلموها توعية التلاميذ وتوجيههم وتدريبهم للحفاظ على صحتهم وصحة الآخرين.

وباختصار فإن الأهداف العامة للتربية الصحية المدرسية تتمثل في:

1- تزويد الطلبة بمعلومات مبسطة تساعدهم في المحافظة على صحتهم ، ووقايتهم من الأمراض والحوادث.

2- تنمية الميول الإيجابية لدى الطلبة نحو الصحة ، والعادات السليمة ، وغرس القيم الصحية في نفوسهم.

3- تعليم الطلبة بعض المهارات الصحية كالإسعافات الأولية، وتدريبهم عليها.

(الرجاوي زياد و أغا محمد ، 2011: ص1214)

إن فالتربية الصحية المدرسية الشاملة تساعد الطالب على تطوير السلوك الصحي المبني على النظريات العلمية والأفكار والمهارات المرتبطة بالمعلومات الصحية والاختبارات الصحية السليمة و التي بالتالي تؤدي إلى تحسين النواحي البدنية والنفسية والاجتماعية والعقلية له ، فكما هو ثابت فان معظم السلوك السلبي الذي يؤثر على الصحة في الكبر يتكون لدى الأفراد في مرحلة الشباب ، و للحصول على نتائج أفضل تدعم تطبيق الطالب التطوعي للمعلومات الصحية و اتخاذ القرار السليم فيما يتعلق بصحته وصحة الآخرين سواء الآن أو في المستقبل ، علينا مراعاة العمل والتخطيط الجماعي و تضافر الجهود بين المدرسة والمنزل والمجتمع في إعداد برامج التربية الصحية المدرسية الشاملة. والتي تتمثل في مساعدة الطالب على:

1. فهم الأفكار ذات العلاقة بالصحة المرض .

2. القدرة على الحصول على المعلومات والمنتجات والخدمات الصحية.

3. القدرة على تحسين سلوكه الصحي والإقلال من المخاطر الصحية .

4. القدرة على تحليل تأثير الثقافة ، الإعلام ، التكنولوجيا ، أو أي عوامل أخرى على الصحة.
5. القدرة على استخدام مهارات الاتصال بين الأشخاص لتحسين الصحة .
6. القدرة على وضع الأهداف ومهارات اتخاذ القرار موضع التنفيذ فيما يتعلق بصحته .
7. القدرة على الترويج للصحة الشخصية والعامة للمجتمع عموماً.

(الرشيد جميل: 2004)

كما وتتبع أهمية التربية الصحية في مرحلة المتوسط كون التلميذ يمر في هذه المرحلة بفترة البلوغ أو فترة المراهقة ففي هذه الفترة- فترة البلوغ - تحدث تغيرات جسمية وجنسية ونفسية على الشاب أو الفتاة حيث يحدث نمو سريع في الطول والوزن مما يتطلب اهتماماً خاصاً بصحته. وتزداد في هذه المرحلة كمية الطعام التي يحتاج إليها كل من الشاب والفتاة، إلا أن الاختلاف بينهما يكون حجم العضلات وتراكم الدهون مما يجعل الشاب في حاجة لكبر للطاقة الحرارية لتعويض الطاقة التي يبذلها. ونجد في هذه المرحلة الأولاد يميلون إلى تناول كميات من الطعام بشكل كبير وخاصة الأطعمة الغنية بالبروتينات كما تزداد الحاجة إلى الحديد ولكن بنسبة أكبر عند الفتيات لتعويض ما تفقده الفتاة من هذا العنصر شهرياً أثناء فترة الحيض.

(الجرجاوي زياد و أغا محمد ، 2011: ص 1216)

ويدعم كولب Kolbe أهمية برامج التربية الصحية التي تقدمها المدرسة لتلاميذها كوسيلة فعالة لإمدادهم بالمعلومات والمهارات اللازمة لمنع السلوكات الضارة بالصحة، وموضحاً أن السلوكات والاتجاهات الصحية التي لدى الفرد في مرحلة الطفولة هي المسؤولة عن حدوث حالات المرض والعجز والوفاة.

(دبلة عبد العالي وصدرا تي فضيلة، 2013: ص 109)

VI. التربية الصحية وحاجات وميول التلاميذ:

إن حاجيات وميول التلاميذ هي السبيل المباشر إلى عقولهم، وعن طريقها يمكننا أن نحقق الكثير في ميدان التربية الصحية، حيث أنه وكلما ارتبطت برامج التربية الصحية بحاجيات وميول التلاميذ كانت فرصة نجاحها كبيرة وإقبال التلاميذ عليها.

1- ربط التربية الصحية بحاجات التلاميذ:

1-1 الحاجة إلى العطف وحسن المعاملة: فالمدرس الناجح في عمله والمتفهم لتلاميذه يكون أقدر من غيره على تحقيق برامج التربية الصحية، وتصبح الفرصة أكبر لدى التلاميذ للإقبال على هذه البرامج واستيعابها، وهم مستعدون لتلبية جميع طلبات المدرس فيما يتعلق ببرامج التربية الصحية.

2-1 الحاجة إلى النجاح: إن التلاميذ بصفة خاصة محتاجون إلى الخبرات التي تدفعهم وتشجعهم على استمرار القيام بالأعمال المختلفة، كما أن فرص النجاح تولد النجاح.

3-1 الحاجة إلى حسن المظهر: يحرص التلاميذ في سن المراهقة بالإهتمام بمظهرهم العام سواء من ناحية الملابس أو النظافة أو غيرها، والمراهق في هذه المرحلة يتقبل المعلومات التي ترتبط بمظهره وصحته والاهتمام بغذائه، وعلينا أن نستغل مثل هذه الفرصة لتزويده بالمعلومات الصحية والثقافة الصحية التي من شأنها أن تؤثر في سلوكه الصحي.

4-1 الحاجة إلى الانتماء: التلميذ يعيش داخل جماعة "الفصل" لذا يجب أن يتبع أسلوب العمل الجماعي في برامج التربية الصحية.

1-5 الحاجة إلى اكتساب رضاء الآخرين: التلاميذ الذين لا يهتمون بنظافتهم ولا يتبعون السلوك

الصحي يكون غير مرغوب فيهم من قبل زملائهم وعلى هؤلاء أن يعدلوا من سلوكهم بغية إرضاء وتقدير الآخرين.

1-6 الشعور بالقيمة الشخصية: كل تلميذ يفضل أن يقوم بعمل معين بهدف إثبات ذاته والاعتزاز

بها، وعلينا الاهتمام ببعض الأعمال الفردية التي تحقق هذه الحاجة في إطار العمل الجماعي.

2- ربط التربية الصحية بميول التلاميذ:

2-1 الميل إلى تقوية الجسم والشعور بالقوة العضلية: إذا ما تفهم التلاميذ أن التغذية السليمة

والعادات الصحية والنوم والراحة وممارسة بعض أنواع النشاط الرياضي كلها عوامل تساعد على تقوية الجسم لأقبل التلاميذ على إتباعها.

2-2 الميول المهنية: غالبا ما يتطلع التلاميذ إلى بعض المهن أو المناصب منذ الصغر، فبعضهم

يميل إلى أن يكون ضابطا أو طبيبا أو مهندسا أو بطلاً رياضياً، لذا يجب ربط التربية الصحية بهذه الميول عن طريق توعيتهم بضرورة الاهتمام بالصحة وممارسة الرياضة والمحافظة على القوام وتناول أنواع الأطعمة المناسبة والإهتمام بالنظافة.

2-3 الميل إلى القراءة والإطلاع: يجب استغلال هذا الميل في تزويد التلاميذ بالقصص التي تتعلق

بالصحة وبالغذاء وبطرق مكافحة الأمراض.

2-4 الميل إلى الجمع وحب الاقتناء: يميل التلاميذ إلى جمع الصور أو الأشياء التي تكون لديهم دلالة أو معنى معيناً، ويمكن استغلال هذا الميل في التربية الصحية وذلك بجمع الصور التي تتعلق بالصحة والمرض.

2-5 الميل إلى الرسم والنحت: ويمكن أن تستغل عن طريق القيام ببعض الأعمال الصحية.

2-6 الميل إلى المعرفة وحب الإستطلاع: استغلال هذا الميل في إمداد التلاميذ بالعوادات الصحية السليمة.

2-7 الميل إلى المحاكاة والتقليد: استغلال هذا الميل في تقليد المدرس أو الأب في عاداته الصحية كطريقة المشي والأكل والجلسة الصحية وغيرها من العادات التي تساعد المحافظة على الصحة بشكل عام.

(سلامة بهاء الدين ، 2001 : ص 122-124)

وترى الباحثة أن حاجات وميول التلاميذ في مرحلة المراهقة هي محددات أساسية يجب التركيز عليها وأخذها بعين الاعتبار عند إعداد برامج التربية الصحية، فكل مرحلة نمائية تختلف اختلافاً واضحاً عن باقي المراحل نظراً لاختلاف حاجات وميول الفرد في كل مرحلة، والمعلومات والمعارف الصحية المقدمة ضمن برامج التربية الصحية لن تنجح ولن تلاقي أي تقبل من طرف الأفراد إذا كانت لا تلبي حاجاتهم ولا تراعي ميولهم.

VII. معايير يجب أخذها بعين الاعتبار قبل وضع البرامج الصحية لطلاب مرحلة

المتوسط (الإعدادية):

1- الخلفية الاجتماعية والثقافية للمتعلمين: حيث أن العديد من المشاكل الصحية تتجسد في حياة

المتعلمين الاجتماعية، ومفاهيمهم الثقافية، فمن الملاحظ أن التجارب التي يمر بها المتعلمون الذين

يمرون بالسن الحرجة (البلوغ والمراهقة) تشكل خلفية اجتماعية وثقافية غير سوية وخاطئة في

معظم الأحوال، ويمكن تعديل هذا السلوك أو تغييره بالقدر الوافي والضروري من التربية

الصحية كي يكتسبوا أنماطا من السلوك تساعد في المحافظة على صحتهم وحياتهم.

2- مواكبة التغير السريع في الحياة والعالم كله: وهذا يؤكد شعار القائل التعليم من اجل عالم

متغير. والذي يتطلب إعداد هؤلاء المتعلمين لمواجهة الألفين وعشرة والألفين وعشرون

والتخطيط لمواجهة هذا التغير المذهل في مختلف النشاطات والخدمات التعليمية والصحية وهذا

يتطلب إعداد المتعلمين نفسيا وصحيا ليستطيعوا في سنوات المراهقة والبلوغ مواجهة هذا العالم

المتغير بفضل الانجازات التقنية المتقدمة. وان كل ذلك في حاجة ماسة إلى توجيه وإرشاد

صحي سليم من الناحية البدنية والسلوكية والنفسية أو العاطفية وذلك حتى يشب هؤلاء الأبناء

وهم في حالة توازن صحي متكامل من كافة الوجوه.

3- المتطلبات الصحية للمراهقين: وهذه تشكل الأساس لبرنامج التربية الصحية المناسبة لهذه

المرحلة من العمر وفي هذا المجال لابد من الإشارة إلى أن المنظمة العالمية للصحة قد

أصدرت تقريرا يزود الباحثين والمخططين لبرامج التربية الصحية بمعلومات مفيدة وقيمة في

هذا المجال ومن أمثلة ذلك نوع الأمراض التي تصيب الشباب وطرق الوقاية منها والعلاج

المطلوب للعديد من المشاكل.

4- توقعات المجتمع من التعليم بوجه عام والتعليم الصحي بوجه خاص: تتطلع المجتمعات الواعية إلى تزويد أبنائها بحصيلة كبيرة من العلم كي يصبحوا مواطنين صالحين أقوياء البنية يتمسكون بمبادئ وقيم وسلوكيات سليمة، ومن هنا فان مسؤولية المجتمع ذات أهمية خاصة بالنسبة للتربية الصحية لأنها عملية معقدة وليست سهلة كما هو الحال مع باقي الموضوعات التعليمية الأخرى وعلى هذا الأساس يجب أن يخضع أي برنامج للتعليم الصحي لرقابة المجتمع وتوجيهاته ومتطلباته.

(الفرا فاروق ، 1984: ص 145-146)

VIII. العوامل التي تؤثر في برامج التربية الصحية:

يرى بهاء الدين سلامة أن برامج التربية الصحية تواجهها عوامل سلبية تعوق التغيير الهادف وراء هذه البرامج وعوامل أخرى ايجابية تساعد على التغيير وتمثل هذه العوامل في:

1- **العوامل السلبية:** وتنقسم بدورها إلى عوامل اجتماعية وثقافية ونفسية وهي:

أ- العوامل السلبية الاجتماعية:

- **قوة تماسك الجماعة:** وهو الشعور بالالتزام المتبادل بين أفراد الجماعة الواحدة ومن أمثلة هذا الالتزام: الالتزام بين أفراد الأسرة - الالتزام بين الأصدقاء.
- **الحزبية:** وهي انقسام المجتمع إلى حزبين أو أكثر ، وإذا قام العاملون في الوحدة الصحية بالاتصال بأسرة من احد الحزبية فان الجانب الآخر يتحول تلقائيا إلى عدو للوحدة الصحية وللعاملين فيها مما يقلل من نجاحها وربما تؤدي إلى فشلها.

- **الحرص على الربح:** في بعض المجتمعات توجد جماعة أو أفراد يهدد رزقهم وجود وحدة صحية أو برنامج صحي مثل حلاق الصحة أو الممرض فيقومون بدعاية خاطئة للوحدة الصحية ويخلقون الأقاويل والإشاعات التي تؤدي إلى فشل برامجها.

ب-العوامل السلبية الثقافية:

- **التقاليد:** وهي القيم المتوارثة التي تعمل على الحفاظ بكل قديم والتمسك بكل ما يعتقد فيه الآباء والأجداد، وهي قوى سلبية تقف في طريق كل ما هو جديد.
- **التقوية:** وهو الاعتقاد الشديد في القضاء والقدر ،ويبالغ بعض أفراد البيئات المتخلفة في هذا الاعتقاد مما يدفعهم إلى التواكل دون أن يقوموا من جانبهم بدور ايجابي للوقاية من المرض أو علاجه.
- **الثقافة الذاتية:** وهو أن سكان مجتمع معين يعتقدون أن طريقتهم في الحياة أفضل من أي طريقة أي مجتمع آخر مما يجعل من الصعب تغيير طريقتهم بطريقة أخرى مقتبسة من غيرهم .
- **القيم الذاتية:** ويقصد بها التفاوت في تقدير العمل الواحد فمثلا قد ينادي الطبيب بالامتناع عن التدخين بينما يجد بعض شباب القرية في التدخين أنه من مظاهر الرجولة.

ح-العوامل السلبية النفسية: ومنها:

- **التفاوت في الإدراك:** حيث يختلف إدراك أفراد المجتمع للأمر عن إدراك القائمين على برامج التربية الصحية، ومن أمثلة ذلك أن الطبيب يدرك الذبابة على أنها حشرة ناقلة لكثير من الأمراض المعدية مثل: التيفود والرمم الصيدي ، بينما الإنسان العادي يدركها على أنها كائن حي خلقه الله وفي هذه الحالة فهو ليس على استعداد لمكافحتها.

• **التفاوت في اللغة :** قد يستعمل الطبيب ألفاظا وعبارات لا يفهمها الإنسان البسيط كالفلاح والرجل العادي وبالتالي هو لا يستفيد من خدمات الوحدة الصحية للقصور في اللغة أو في القراءة.

2- **العوامل الايجابية:** وتقوم أساسا على تجاوب الأفراد مع برامج التربية الصحية ومنها:

أ- **الدوافع الدينية:** إذا ارتبط العمل الصحي أو السلوك الصحي بالنواحي الدينية كان هذا دافعا قويا لإقبال الناس على البرنامج .

ب- **التزام الصداقة:** إذا عمل الطبيب وغيره من العاملين في الوحدة الصحية على قيام صداقات بينهم وبين أفراد المجتمع فإن هؤلاء الأفراد يشعرون بالالتزام للصداقة يجعلهم يقبلون على البرنامج إرضاء لأصدقائهم وحفظا لهذه الصداقة.

ت- **مواقف التنافس:** إذا عمل البرنامج الصحي على توفير بعض مواقف التنافس بين الأسر أو الأفراد فإنهم سيقبلون على البرنامج مدفوعين بالتنافس فيما بينهم.

ث- **الحاجة للمركز الاجتماعي:** وفي هذه الحالة يجب ربط البرنامج الصحي بارتفاع المركز الاجتماعي لمن يتجاوب معه.

(سلامة بهاء الدين ، 2001 : ص 209-212)

ولقد حاولت الباحثة أثناء إعداد البرنامج أن تراعي كل هاته النقاط من اجل نجاحه ووصوله إلى تحقيق أهداف الدراسة، واهم ما تم التركيز عليه هو مراعاة المحددات الثقافية والاجتماعية للفرد الجزائري خاصة ما تعلق بالأطعمة المتداولة والمتنوعة وأيضا مراعاة رغبات المراهق وحاجاته في هذه المرحلة والتركيز عليها للوصول إلى تغيير السلوك الصحية وتنمية المعارف والمعلومات وبالتالي الوعي الصحي.

خلاصة:

من خلال ما تقدم ذكره حول التربية الصحية وميادينها وأسسها واعتمادها على المدرسة نستنتج أن نقل المعرفة الصحية من خلال الاعتماد على المدرسة وخصوصا بالاعتماد على المناهج التربوية المختلفة كلا حسب تخصصها بأساليب حديثة بعيدا عن الطريقة الكلاسيكية سيكون له اثر كبير في تعزيز الخيارات الصحية لدى التلاميذ واستعمالهم كناقل صحي للمعلومات والمعارف من المدرسة إلى البيت والشارع، فالمدارس المعززة للصحة كما تسميها المنظمة العالمية للصحة تبقى السبيل الأمثل لخلق أفراد يتمتعون بصحة جسدية ونفسية واجتماعية وذلك بتزويدهم بكل ما يخدم صحتهم منذ المراحل المتقدمة من حياتهم ابتداء من الروضة إلى الجامعة، مع الأخذ بعين الاعتبار الميول والحاجات الفردية لكل مرحلة.



الفصل الثالث: سلوكيات
الخطر

تمهيد:

لقد حدث تغيير كبير في نمط الأمراض في جميع الدول فبينما كانت الأمراض المعدية ونقص التغذية أكثر الأمراض انتشارا أصبحت الأمراض المزمنة السبب الرئيسي للوفيات في العديد من دول العالم وتعتبر أمراض القلب ، السرطان، السكري والسمنة... الخ أهم هذه الأمراض، ففي العقدين الأخيرين ازدادت الأدلة الطبية والعلمية التي تشير بكل وضوح إلى وجود علاقة وثيقة بين تبني الفرد نمطا غير صحي في الحياة وتعرضه لخطر الإصابة بهذه الأمراض.

فالأمرض القلبية الوعائية مرتبطة ارتباطا وثيقا بالتدخين وشرب الكحول وارتفاع نسبة الكوليسترول ، غياب التمارين الرياضية ،الضغط الدموي والإجهاد ، أما بالنسبة للسرطان فيرجع إلى عوامل مثل التدخين ، إستهلاك الكحول و التغذية غير المتزنة ، فمعظم المشاكل الصحية التي يواجهها الإنسان المعاصر لها طبيعة سلوكية وبالتالي بإمكان أي شخص تفادي تلك المشاكل إذا غير من عاداته الصحية السيئة وأقدم على ممارسة عادات صحية سليمة ،أذن تجاهل الفرد للإرتباط بين مشكلاته الصحية من جهة ونمط سلوكه من جهة أخرى من شأنه أن يعرضه لمخاطر صحية في المستقبل .

أولاً: الصحة:

I. مفهوم الصحة:

يعتبر موضوع الصحة من بين أهم المواضيع الرئيسية التي لاقت الكثير من الاهتمام من طرف العلماء والباحثين في جميع التخصصات منذ أمد بعيد، وتزايد الاهتمام بها في السنوات الأخيرة نظراً لظهور أمراض كثيرة ومتعددة أملاً في الوصول إلى رعاية صحية ملائمة لكل الحالات ولكل الأفراد على اختلاف أعمارهم وحمائتهم من المخاطر الصحية التي قد يتعرضون لها في حياتهم.

فالصحة هي حالة من التوازن النسبي لوظائف الجسم وهي علم وفن الوقاية من المرض والارتقاء بالصحة من خلال مجموعة من الجهود المنظمة من قبل المجتمع وتشمل العديد من المجالات واليادين وهي بصفة عامة مفهوم نسبي تقوم أساساً على توازن بين وظائف الجسم والتي تنتج من حالة التكيف مع العوامل الضارة التي يتعرض لها بصورة ميكانيكية فطرية أو مكتسبة.

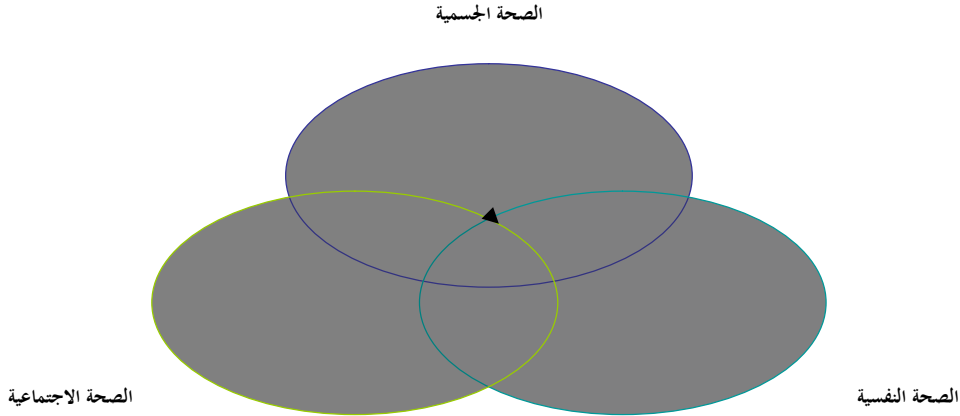
(سلامة محمد ، 2007: ص 47)

واقترحت هيئة الصحة العالمية تعريفاً للصحة، أصبح محل اتفاق معظم الهيئات المعنية بأمور الصحة والتربية الصحية، وصار تداوله على نطاق واسع، ومفهوم الصحة بالنسبة لها هو: "حالة السلامة والكفاية البدنية والنفسية والاجتماعية الكاملة ، وليست مجرد الخلو من المرض والعجز"

(المليجي ابراهيم، 1991: ص 83)

و من خلال هذا التعريف يتضح لنا أن هناك ارتباط وثيق بين الصحة البدنية والنفسية والاجتماعية، وإن سلامة صحة الفرد تشمل جميع هذه الأبعاد، كما أن هذا المفهوم يدعم الإيجابية في التعريف،

فهو لا يعتبر الصحة بمجرد الخلو من الأمراض أو العاهات أو الحالات العجز والقصور وإنما هي الكفاية الكاملة بين كل الأبعاد كما يمثله الشكل التالي:



شكل رقم (1) يوضح مدى الارتباط بين أبعاد الصحة الثلاث

ويعد متوسط العمر المتوقع احد مؤشرات الصحة، ويقاس متوسط العمر المتوقع صحيا(معافى)، فقد يمر الإنسان بفترة مرضية وفترة معافى وبصحة جيدة. (الدليمي خلف ، 2009: ص 43)

II. درجات الصحة: يرى العلماء أن للصحة درجات هي:

1. **الصحة المثالية:** هي درجة التكامل والمثالية من حيث المكونات الأساسية للصحة وهو

مستوى نادرا ما يتوفر.

2. **الصحة الايجابية:** وفيه تتوفر طاقة صحية ايجابية تمكن الفرد أو المجتمع من مواجهة

المشاكل والمؤثرات البدنية والنفسية والاجتماعية دون ظهور أية أمراض أو علامات

مرضية.

3. سلامة متوسطة: وفيها لا تتوفر طاقة ايجابية من الصحة ولذلك فانه عند التعرض لأي

مؤثرات ضارة يسقط الفرد أو المجتمع فريسة للمرض.

4. المرض الغير ظاهر: وهنا لا يشكو الفرد من أعراض واضحة ولكن يمكن اكتشاف

المرض بواسطة الفحوصات والاختبارات السريرية والمخبرية.

5. المرض الظاهر : في هذا المستوى يشكو المريض من أعراض يحس بها أو من علامات

مرضية ظاهرة عليه.

6. مستوى الاحتضار: في هذا المستوى تسوء الحالة الصحية عند المريض إلى درجة يصعب

معه أن يسترد المريض صحته ويكون مصيره الحتمي الموت.

(الشاعر عبد المجيد وآخرون، 2005: ص ص 13-14)

من خلال هذا التصنيف لمستويات الصحة، نرى أن الصحة عبارة عن مدرج قياسي، أعلى

درجاته الصحة المثالية وأدناها الموت.

.III مجالات أو ميادين مفهوم الصحة:

تطور مفهوم الصحة تدريجيا في العقود الماضية ليصبح مصطلحا يستخدم في العديد

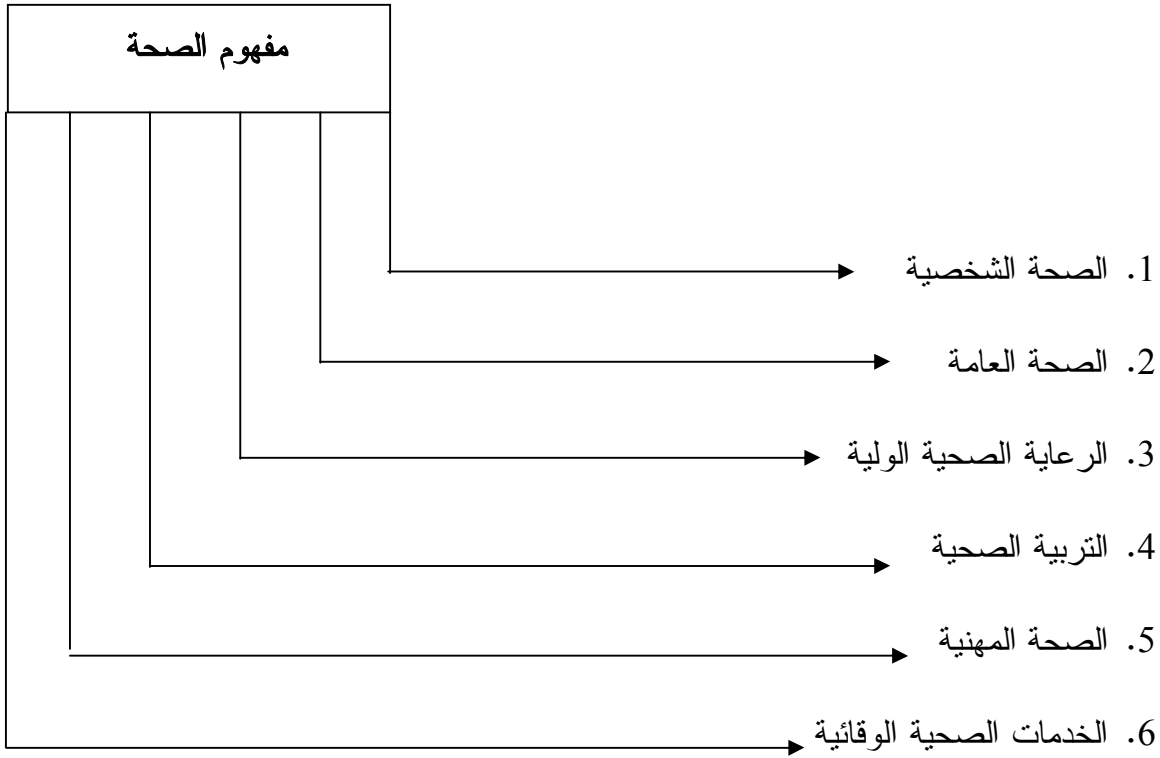
من المجالات العلمية والعملية، فاستعمل للإشارة إلى صحة الفرد الشخصية أو العامة، كما

استعمل في المجال المهني حين يتعلق الأمر بصحة الفرد داخل مكان العمل أو أثناء العمل ،

في حين استعمل كمفهوم بديل للخدمات الصحية والرعاية الصحية، وما يهمنا هنا هو ارتباطه

بالتربية الصحية، والشكل الآتي يوضح أكثر مفهوم الصحة من خلال مجالاته وميادينه

المختلفة:



(عبد العزيز مفتاح، 2010: ص 51)

شكل رقم (2) يوضح مجالات أو ميادين مفهوم الصحة

ثانياً: الخطر وعوامل الخطر

I. الخطر:

على الرغم من وجود تعريفات عدة لكلمة خطر ومخاطر إلا أن التعريف المعتمد في هذه الدراسة هو (احتمال حدوث نتيجة معاكسة أو عامل يرفع ذلك الاحتمال) أي هو احتمال ظهور حادثة ما - موت أو مرض - في وقت معين أو خلال زمن محدد، ومن الأخطار المدروسة في علم الأوبئة يمكن أن نذكر نسبة الوفيات - الحادث هو الموت - نسبة مرض ما أو اضطراب جد محدد في الصحة.

(Marcel Goldberg 1990:p118)

وبالنسبة للأمراض المزمنة بين تقرير المنظمة العالمية للصحة لعام 2003 أن ارتفاع معدل الكولسترول، وزيادة ضغط الدم ، والتدخين، وممارسة الجنس غير الآمن ، وعدم مراعاة النظافة الشخصية ، تشكل خمسة أخطار كبرى تقف وراء معظم الوفيات والمشاكل الصحية في عالم اليوم، وتكون مسؤولة عن 40 % من الوفيات البالغ عددها 57 مليون حالة تحدث في العالم سنويا. وفي هذا الصدد يدعو التقرير إلى الحد من الأمراض والأخطار الصحية وذلك بتشجيع ممارسة السلوك الصحي، إذ أن هذه المشكلات يمكن تجنبها والوقاية منها.

(الدق أميرة ، 2011: ص 44)

II. **عامل الخطر**: تعرّف عوامل الخطر على أنها العوامل التي تزيد من احتمالات تعرض الشباب إلى النتائج السلبية.

(البنك الدولي، 2008: ص 09)

وهي خاصية متعلقة بإحتمال مرتفع لوقوع المرض ، وهو تعريف إحصائي لا يسمح بتأكيد الدور السببي. (Sylvie Bastuji-Garin.(s.d))

وترتبط أربعة من غير الأمراض السارية: الأمراض القلبية الوعائية ، السرطان ،داء السكري و الأمراض الرئوية الإنسدادية المزمنة فيما بينها بعوامل خطر مشتركة (أي إحتمال وقوع خطر) يمكن الوقاية منها و هي مرتبطة بنمط الحياة المتبع، و هذه العوامل هي التدخين، إتباع نمط غذائي غير صحي ،و الخمول البدني و لهذا يجب التركيز على مراقبة عوامل الخطر هذه بصورة متكاملة خاصة أن هناك ما يشير إلى عدم توافر معطيات دقيقة و معتمدة .

و بهذا فإن عوامل الخطر كل متغير مرتبط إحصائيا بحادثة مدروسة، و في مجال الصحة العامة قياس عوامل الخطر لدى مجموعة سكانية هدفه التنبؤ بانتشار مرض ما في المستقبل في هذه المجموعة.

إن تعدد عوامل الخطر واختلاف أنواعها وأعدادها من حالة إلى أخرى، تبين أهمية دور السلوك وأنماط الحياة الصحية في حدوث الأمراض. ففي حالة نقص التطعيم فان عامل الخطر هو واحد فقط، أما في حالة أمراض القلب فان عوامل الخطر متعددة وكثيرة منها: التدخين، التغذية الغير صحية، الوراثة، ارتفاع ضغط الدم، السمنة، السكري، الضغوط النفسية، قلة النشاط البدني، علما أن أمراض القلب الوبائية مسؤولة عن 40-50% من مجمل الوفيات. أما بالنسبة للسرطان فان 80% من سرطانات الرجال و 70% من سرطانات النساء تعزى إلى عوامل سلوكية أو بيئية أو كليهما وهنا تبرز تعددية عوامل الخطر. هذا يعني أن عوامل الخطر تؤكد على أهمية السلوك البشري في الوقاية من الأمراض.

(شريم محمد ، 2012:ص 29)

إن الدراسات السلوكية ضرورية لفهم اتجاه الأفراد نحو بعض عوامل الخطر وينبغي أن تكون أساسا لإعداد البرامج الصحية والتدخل المبكر للتخلص منها وبالتالي العمل على تعزيز الصحة والحفاظ عليها في جميع مستوياتها، ومن المهم أن يعيش الأفراد في بيئات مواتية للصحة وأن يتم دعم هذه البيئة الصحية من خلال سياسات الصحة العامة التي تقلل من التعرض لعوامل الخطر.

III. قياس العبء العالمي للأمراض و عوامل الخطر :

إن الارتفاع الكبير لنسبة الأمراض المزمنة خصوصا في البلدان المتقدمة دفع بهذه البلدان إلى ضرورة التعامل مع الطلب المتزايد على الموارد الصحية وذلك بالتخطيط الإستراتيجي الذي من شأنه أن يزيد من وتيرة التنمية الصحية والنجاح في تحقيق الأهداف الصحية أو يقلل من تكاليف بلوغ تلك الأهداف ، وهذا يعني أنه يتوجب على واضعي السياسات أن يكونوا على وعي بالعبء النسبي للأمراض والإصابات و عوامل الخطر التي تتسبب في حدوثها، و كيف يمكن أن يؤدي اعتماد سياسات و إجراءات تدخلية متنوعة إلى تغيير ذلك العبء ومن هنا تصبح المسألة هي كيفية

تقييم الأهمية النسبية للمخاطر الصحية وما يترتب عليها من نتائج في مختلف الفئات الديموغرافية من السكان .

وفي سنة 2000 التجمع العالمي للصحة 53 تبنى قرار مهم حول الوقاية و مراقبة الأمراض المزمنة بهدف مساعدة الدول الأعضاء لخفض التكاليف المتعلقة بنسبة الإصابة، الإعاقات و الوفيات المبكرة بسبب هذه الأمراض ، و كان لهذه الإستراتيجية 3 أهداف أساسية:

1- إعداد قائمة بالأوبئة البارزة للأمراض المزمنة وتحليل محدداتها الإجتماعية ، الإقتصادية، السلوكية و السياسية.

2- خفض مستوى تعرض الأشخاص والسكان لعوامل الخطر المشتركة للأمراض المزمنة .

3- تحسين العلاجات المقدمة للمصابين بالأمراض المزمنة .

ولهذا فقد إستحدثت المنظمة العالمية للصحة نظام لمراقبة هذه الأمراض و هو وظيفة أساسية للصحة العامة على المستوى العالمي ، هذا النظام المسمى “de l’OMS Stepwise” هدفه تزويد الدول بمناهج ووسائل مماثلة تسمح لها بتحسين إمكانياتها بتطبيق هذا النظام ، وقد توصلت عن طريق عدة دراسات وتحليلات وبائية خاصة في مجال الأمراض المزمنة إلى حصر عوامل الخطر التي يمكن التحكم فيها والتي كانت السبب في الإصابة المستقبلية بالأمراض المزمنة و هي حسب إرتباطها بالأمراض المزمنة كالتالي:

الجدول رقم (1) عوامل الخطر وارتباطها بالأمراض المزمنة

الشروط Condition				عامل الخطر Facteur de risque
أمراض تنفسية Maladies** respiratoires	السرطان Cancer	السكري Diabète	أمراض قلبية وعائية Maladies Cardio-vasculaire	
×	×	×	×	التدخين Tabac
	×		×	الكحول Alcool
×	×	×	×	التغذية Nutrition
×	×	×	×	غياب التمارين الرياضية Inactivité physique
×	×	×	×	السمنة Obésité
		×	×	ارتفاع ضغط الدموي Pression sanguine augmentée
	×	×	×	نسبة السكر Glycémie
	×	×	×	نسبة الدهون Lipidémie

(Bonita, R. de Courten, M. Dwyer, T. Jamrozik, K. Winkelmann, R; 2001 : p 05-14)

ثالثاً: السلوك الصحي:

لقد أثبتت العديد من الأبحاث في مجالات مختلفة منها: علم نفس الصحة، الطب السلوكي وعلم الأوبئة السلوكية... الخ أن جهل الأفراد للعلاقة بين المشكلات الصحية من جهة ونمط السلوك من

جهة أخرى يمكن أن يعرضهم لمخاطر صحية في المستقبل فلا شك إذن أن للعوامل السلوكية دوراً رئيسياً في نشأة المرض وتطوره.

وتأكيداً لدور السلوك الفردي في نشأة هذه الأمراض أدرج الأطباء السلوك ضمن قائمة العوامل الخطرة على الصحة وأصبح مفهوم السلوك يحظى بنفس الأهمية والمكانة التي تحتلها عوامل الخطر البيولوجية (كارتفاع مستوى الكوليسترول أو ارتفاع ضغط الدم) من حيث تأثيرها على صحة الفرد والمجتمع.

I. تعريف السلوك الصحي:

إن السلوك الصحي هو مفهوم جامع لأنماط السلوك والمواقف القائمة على الصحة والمرض وعلى استخدام الخدمات الطبية ويعرف السلوك الصحي على انه كل أنماط السلوك التي تهدف إلى تنمية وتطوير الطاقات الصحية عند الفرد.

(احمد مازن و النفاخ نزار و الجنابي سلمان ، 2008: ص 89)

ويعرفه جوشمان Gochman بوصفه الصفات الشخصية المميزة مثل المعتقدات والتوقعات والحوافز والقيم والادراكات وعناصر معرفية أخرى وتتضمن الصفات المميزة للشخصية حالات وسمات مؤثرة وانفعالية وأنماط السلوك الظاهرية والأفعال والعادات المرتبطة بالمحافظة على الصحة ، وتحسينها والشفاء من المرض.

(Glanz, K .Barbara, K. R. Viswanath, K.2008:p12)

و تأتي أهمية السلوكيات التي يقوم بها الأفراد لتحسين صحتهم أو المحافظة على عافيتهم من إمكانية تحولها إلى عادات صحية تقاوم التغيير و يلجأ الإنسان إليها تلقائياً دون تفكير واع، إن 50 % من الوفيات تسببت فيها 10 أمراض أغلبها قابلة للوقاية، كما يمكننا تجنب 25% من نسبة الوفاة بالسرطان بمحاربة التدخين، و تخفيض % 10 من وزن البالغين (35-56 سنة) يؤدي إلى

انخفاضٍ بنسبة % 20 من إصابات شرايين القلب والسكري وجلطات القلب والدماغ. و غالباً ما تنمو العادات الصحية في الطفولة و تترسخ في بداية المراهقة (11-12 سنة) ثم تستقر في سنوات الرشد، حين تظهر آثارها على الوضع الصحي. مثل غسل الأسنان، والنظام الغذائي الصحي وعلى الرغم من أن العادة الصحية في البداية تنمو بمدعمات ايجابية اجتماعية مثل استحسان الوالدين إلا أنها تستقر بشكل نهائي بدعم من البيئة الاجتماعية ولهذا فانه من الصعب جدا تغيير العادة الصحية ، ولذلك فان أي تدخلات لتعديل العادة الصحية يجب أن تتركز على صغار السن .

(Taylor, S. E. 2003: p 56)

والسلوك الصحي هو مجموعة السلوكيات التي يمارسها الفرد للحفاظ على مستوى صحي مناسب انطلاقاً من نظرية الاختيار ونظريات النظم، والتي تنظر إلى الصحة العامة للفرد كمحصلة لتكامل جميع جوانب الفرد الجسمية والعقلية والانفعالية والحركية. على اعتبار أن صحة الطالب هي من خلال قيام جميع أجهزة الجسم بوظائفها على أكمل وجه وألفه وانسجام.

(صمادي احمد و الصمادي محمد ، 2011: ص 87)

ويمكن التمييز بين نمطين من انماط السلوك الصحي:

1- أبعاد السلوك الصحي الايجابي: وهي تلك الأفعال أو النشاطات المنتظمة المقصودة أو غير

المقصودة التي يمارسها الأفراد أو الفرد الواحد لمساعدته في الوقاية من الإصابة بالمرض أو تمنع من الأذى والضرر البدني والنفسي، أو تجعله يقلع عن الانحراف والشذوذ، وتساعده على الاكتشاف المبكر للمرض والعجز والميل الشاذ ، أو تساعده في التخفيف من المعاناة والمرض بحيث يتم الحالة البدنية والنفسية وتقليل الانحراف والشذوذ والقضاء عليه ، وتحميه من المخاطرة التي من شأنها أن تتسبب في حدوث ضرر أو أذى بدني أو نفسي أو كليهما

ومن الاستهداف والانحراف والشذوذ السلبي ، ومن أنماط السلوك الصحي الايجابي: ممارسة التمرينات الرياضية والنوم الكافي المطمئن والعادات الغذائية الصحية السليمة والوقاية الصحية نفسيا وبدنيا وسلوك القيادة الأمن.

2- أبعاد السلوك الصحي السلبي: وهي السلوكيات التي تسبب ضررا للصحة ، وهي كل فعل أو نشاط يقوم به الفرد أو الجماعة بشكل واع ومخطط ومقصود وبشكل متكرر، سواء أكان الفرد بمفرده ومدفوعا ذاتيا أم بتسيير الجماعة أو بضغط منها ، الأمر الذي يترتب عليه زيادة معدلات الاستهداف للمرض لو الانحراف أو الأذى النفسي والبدني، ومن أنماط السلوك الصحي السلبي : التدخين وشرب الكحول وتعاطي الأدوية النفسية بدون إذن الطبيب والممارسات الجنسية المحرمة والتعرض لأشعة الشمس لمدة طويلة.

(الصبوة محمد والمحمود شيماء:2007)

II . سلوك الخطر :

يزال السلوك غير الصحي كما يرى رجال الصحة وعلم النفس الصحي مستمرا في تهديد حياة الإنسان من خلال إصابته بالعديد من الأمراض، إذ أن غالبية حالات الوفاة في الكثير من المجتمعات تعزى إلى أمراض سببها النظام الغذائي الغير صحي،تناول الكحول والعزوف عن ممارسة التمارين البدنية.

(Kaplan , R.M: Salliss , J. F. Patterson , T.L; 1993:p11)

فسلوك الخطر هو وضع الذات في خطر ، خطر فسيولوجي للجسم أو للصحة (جروح ،مرض أو موت) وأيضا خطر نفسي. وهذه الأخطار تختلف حسب درجة خطورتها ، ويمكن أن تكون منخفضة كما يمكن أن تؤدي إلى نتائج خطيرة جدا .

(Christophe Allanique ,12.02.2008)

ويعرف ماترازو Matarazzo 1984 سلوكيات الخطر بأنها سلوكيات ممرضة وتزيد احتمال

الإصابة بالمرض : التدخين شرب الكحول، الإستهلاك الكبير للمواد الدسمة والسكر... الخ

(Marilou Bruchon . Schweitzer ; 2002 :p29)

وتسمى أيضا السلوكيات الضارة بالصحة وهي السلوكيات التي يمارسها الأفراد وتضر بصحتهم أو

تسبب الأذى لمستقبلهم الصحي . (شيلي تايلور ، 2008 : ص 275)

أما منظمة الصحة العالمية 1999 فتعرف سلوك الخطر بأنه : " ذلك السلوك الموجود فعلا والذي

يكون مرتبطا بزيادة التعرض للمشاكل الصحية."

(Martine Bantuelle et René DemeuLe: 2003)

فالكثير من مشكلات حياة الفرد وتراكمها قد يولد ضغطا يؤثر على حياته عن طريق

ممارسته للسلوك غير الصحي، لذا يجب العناية والحرص على سلامة النشء في مجتمعنا

والمحافظة على صحته وذلك بتوعيته ضد الأخطار التي تجابهه في بداية حياته.

وبذلك فان التعديل الناجح للسلوك الصحي يحقق فوائد عدة، نجلها في النقاط التالية:

- 1- تقليل عدد الوفيات الناتجة عن الأمراض المرتبطة بأسلوب الحياة.
- 2- إمكانية تأخير حدوث الوفيات، مما يؤدي إلى الزيادة في عمر الفرد، والى الزيادة في معدلات العمر المتوقعة لأفراد المجتمع.
- 3- وهو العامل الأكثر أهمية، زيادة عدد السنوات التي يتمتع بها الفرد بحياة خالية من التعقيدات الناتجة عن الإصابة بالأمراض المزمنة.
- 4- حدوث انخفاض كبير في النفقات التي تبلغ أكثر من تريليون دولار تنفق سنويا في مجال علاج الأمراض ، والحفاظ على الصحة.

(شيلي تايلور ، 2008 : ص 122-123)

III. أهمية السلوكيات الصحية ودورها:

لقد ازدادت الأبحاث الطبية والنفسية التي تحاول دراسة علاقة أنماط السلوك البشري بصحة الأفراد سواء كانت النفسية أو العضوية، وأكدت أغلب هذه الأبحاث وجود ارتباط كبير بين سلوكياتنا الشخصية والحالة الصحية التي نتمتع بها، وبهذا فإن الأمراض التي نعاني منها ترجع في الغالب إلى سلوكياتنا وعاداتنا الصحية الغير سليمة، وهذا ما أدى بمعظم دول العلم إلى التفكير في أن الأموال الطائلة والتكاليف الزائدة التي تصرفها في المراكز الصحية لن تفي بالغرض إذا لم يتفطن أفرادها إلى أن المحافظة على صحتهم من واجبهم.

وهناك عدة تخصصات إجتمعت على ضرورة التركيز على هذا الارتباط (سلوك - صحة) كل حسب إتجاهه ومنها الطب السلوكي، الطب الوقائي، علم الأوبئة السلوكية، علم النفس المرضي الإجتماعي، علم النفس البيئي و الطب النفسي...الخ

وبهذا أصبح السلوك أهم متغير يمكن التنبؤ به عن ظهور وتطور الأمراض وبالتالي التحكم فيها أو الوقاية منها، وسنحاول سرد بعض الدراسات التي تؤكد علاقة السلوك بالأمراض التي يعاني منها أصحاب هذا السلوك:

ففي دراسة قامت بها تايلور وزملائها (Taylor et all 1999) حول علاقة التفاؤل كسلوك فردي بصحة الجسم حيث تكونت العينة من 312 رجلا مصابا بالسيدا، و 238 غير مصاب وكشفت الدراسة عن نتيجة مهمة مفادها أن التفاؤل مصدر مهم للتغلب على الأمراض النفسية والجسمية إذ أنه يساعد على التحكم النفسي في الإنفعالات عند المصابين بالمرض.

(عبد الخالق احمد ، 1989:ص48)

وفي دراسة أجراها 250 باحث على 29 ألف شخص في 52 بلد، والتي تعتبر أهم دراسة علمية كبيرة تؤكد دور العوامل النفسية في أمراض القلب والشرابين في أنحاء عديدة من العالم ،

بما فيها دول فقيرة وأخرى متوسطة الدخل ، وكشفت الدراسة على أن 90% من حالات جلطات القلب ترجع إلى عوامل سلوكية يمكن تحاشيها بما فيها التدخين ، ارتفاع ضغط الدم و السكري ، وذكر البروفيسور اليمني مصطفى العبسي أن هذه الدراسة تتضمن رسالة قوية للأجهزة والمنظمات الصحية في دول العالم الثالث للعمل على إستهداف عوامل الخطر هذه.

(العبسي مصطفى، 03 سبتمبر 2004)

وفي دراسة أخرى قامت بها حنان السيد بدر وفيليب مودي حول معتقدات الموظفين الحكوميين الذكور منهم - 1798 كويتي- حول محل التحكم في الصحة وحول التدخين فكانت النتائج أن غير المدخنين يعتقدون أن التفكير في الصحة يأتي من خارج الشخص ، أي ضبط إجتماعي بالمقارنة مع المدخنين الذين يرون أنهم أكثر قدرة على التحكم في حياتهم ، وكان غير المدخنين لديهم معتقدات أفضل عن مضار التدخين، بالإضافة إلى أن الدراسة أشارت إلى أن تدني مستوى التعلم وعدم الزواج هي عوامل خطيرة تؤدي إلى التدخين.

(بدر حنان و مودي فليب، 2005)

كما أن السمنة هي الأخرى والتي تعد ثاني أسباب الوفيات في أمريكا بعد التدخين تعتبر من نتائج السلوكيات الصحية غير السليمة ، وجاء في تقرير الدراسة التي أجريت على مليون أمريكي أن بعض الأشخاص قد يواجهون خطر الموت المبكر بسبب زيادة الوزن وأن هناك علاقة واضحة بين الزيادة المفرطة في الوزن وزيادة خطر الموت بأمراض القلب والسرطان.

(الخرنجي محمد، 2001 :ص156)

ونتساءل من خلال هذه الأبحاث لماذا لا يفعل الأفراد ما هو مفيد بالنسبة لهم؟ربما لان بعض السلوكيات الضارة تصبح عادات إذ يصبح من الصعب التخلص منها ، اوان الأفراد لا يكتسبون معلومات ومعارف حول أخطار واضحة لها علاقة بسلوكيات خطيرة ولا حول كيفية التخلص منها.

IV. العوامل المؤثرة في السلوك الصحي: يرى رضوان أن هناك عدة عوامل يمكن أن تؤثر

في السلوك الصحي وهي:

1. العوامل المتعلقة بالفرد والبيئة (السن، تاريخ الحالة، المعارف، المهارات، الاتجاهات...الخ).
2. العوامل المتعلقة بالجماعة والمجتمع (المهنة، التأهيل أو التعليم، توقعات السلوك ومتطلباته المتعلقة بمركز الشخص، الدعم الاجتماعي...الخ).
3. العوامل الاجتماعية الثقافية على مستوى البلديات (العروض المتوفرة، سهولة استخدام والوصول إلى مراكز الخدمات الصحية بمعنى التربية والتوعية الصحية منظومات التواصل العامة..الخ).
4. العوامل الثقافية الاجتماعية عموماً (منظومات القيم الدينية والعقائدية، الأنظمة القانونية...الخ).
5. عوامل المحيط المادي (الطقس، الطبيعة، البنى التحتية...الخ).

(رضوان سامر وريشكه، 2007/07/12)

وبالتالي فالفرد ليس مستقلاً عن كل ما يحيط به، ولهذا فحتى سلوكه الصحي مرتبط بكل العوامل ذات العلاقة بالفرد من قريب أو من بعيد، وهي عوامل تحدد حياة الفرد بصفة عامة وبالتالي تؤثر مباشرة في سلوكه الصحي، ومن هنا نستنتج أن تغيير السلوك الصحي من سلوك خطر إلى سلوك منم للصحة أو سلوك سليم يحتاج إلى اخذ بعين الاعتبار كل العوامل المحيطة بالفرد، لأن السلوك الصحي يختلف من الذكر إلى الأنثى، ومن المتعلم إلى غير المتعلم، ومن فرد يعيش في الصين إلى آخر يعيش في الجزائر، كما أن المستوى الاقتصادي والاجتماعي يلعب دوراً كبيراً في التأثير على السلوك الصحي...الخ.

V. الأسس النموذجية و المفاهيمية المفسرة للسلوك الصحي

1- أهم النماذج المفسرة للسلوك الصحي (الأسس النظرية)

يعتمد أي باحث أو عامل في مجال علم نفس الصحة أثناء تفسيره لفهم السلوك المولد للمرض على أسس ونماذج علمية والتي يوزع بها التراث العلمي، وفي هذا المجال أقدم مجموعة من العلماء والباحثين في جميع التخصصات الصحية على صياغة نظريات علمية وبناء نماذج نظرية لتفسير سبب تبني الفرد لسلوكيات صحية دون أخرى ومن أهم هذه النماذج :

1-1 نموذج المعتقدات الصحية le modèle des croyances envers la santé

(Rosenstock 1974)

ويعتبر النموذج الأول الذي استعمل لتفسير السلوكيات الصحية ويركز على نظرية الأهمية الذاتية المنتظرة L'utilité subjective attendue وتعتقد أن الفرد لا يقوم بسلوك ما إلا بعد التعرف على خيارات الفعل المحتملة.

(Carolina Werle et all ;p05)

ويعتبر السلوك الصحي في هذا النموذج وظيفة لعمليات الاختيار الفردية القائمة على أساس الحسابات الذاتية للفوائد والتكاليف، ويتم هنا افتراض وجود قابلية مترابطة للتنبؤ بالاتجاهات المتعلقة بالصحة .

(رضوان سامر، 2002:ص 142)

وبهذا فقرار السلوك الصحي حسب هذا النموذج يعتبر عقلاني وفردى يركز على بعض المطالب الأساسية، ويعتقد أن الصحة قيمة مهمة و أن السبل للفعل مقبولة من طرف الفرد (Jenz et Becker 1984) وفي هذا المجال خمس متغيرات تؤثر على السلوك الصحي:

أ- الهشاشة المدركة **La Vulnirabilité Percue** : الإدراك الذاتي لخطر التعرض لمشكل صحي، أي عندما يدرك الفرد ويقنتع مثلا أن عدم ممارسته للفعل الصحي الوقائي يعرضه لخطر الإصابة بالمرض.

ب- المساواة المدركة **La Severité Percue** : وهي الأحاسيس المتعلقة بمساواة المرض إذا ما أصيب به أو لم يعالج. مثال ذلك: إذا شعرت أن لدي القابلية للإصابة بمرض خطير (السرطان مثلا)، فان دافعتي لاتخاذ فعل وقائي ضد هذا المرض سوف تكون مرتفعة لان مستوى التهديد مرتفع. أما إذا شعرت أن لدي القابلية للإصابة بمرض اقل خطورة (الأنفلونزا مثلا) فان دافعتي لاتخاذ فعل وقائي ضد هذا المرض سوف تكون منخفضة، لأنني أدرك مستوى منخفضا من التهديد.

ت- الفوائد المدركة **Les Benefices Percue** :المعتقدات اتجاه نجاعة الأفعال أو الأعمال الموجهة للخفض من تهديد المرض. فعلى الرغم من أن الفرد قد يكون لديه اعتقاد كبير بقابليته للإصابة بمرض في القلب، فن لم تكن لديه ثقة تامة بان تغيير نظامه الغذائي سوف يقلل من الخطر ، فلن يكون هناك احتمالا أن يغير من نظامه الغذائي.

(Taylor, S. E. 2003: p 67)

ث- العوائق المدركة **Les Barrieres Percue**: يتعلق بالمظاهر الجسمية، النفسية والمادية التي يمكن أن تعيق الفعل الصحي.

ج- السبل للفعل أو نتائج الفعل **Les Pistes d' action ou Les Indicteurs d'action**

قد تكون داخلية (أعراض المرض) أو خارجية (نصائح طبيب أو ممرض أو إشهار) .

(Carolina Werle et all :p06)

فالمدخن الذي يعاني من السمنة لا يدرك أنه معرض لخطر الأزمة القلبية (إدراك إمكانية الإصابة) التي قد تؤدي إلى الموت فجأة (خطورة المرض) غير أن سلوك التوقف عن التدخين قد يرتبط في ذهن المدخن بالمنافع التي سيجنيها (إنخفاض احتمال الإصابة) في مقابل التكاليف المترتبة عن السلوك وأهمها الآثار الجسدية والنفسية .

و يرى كل من جينز وبيكر 1984 Jenz et Becker أن معظم البحوث والدراسات التي إستعملت هذا النموذج النظري للتنبؤ بالسلوكيات الوقائية قد وجدت أدلة قاطعة تثبت وجود علاقة وطيدة بين إدراك الخطر من جهة والسلوك الصحي من جهة أخرى ،أي أنه كلما توفرت قناعة لدى الفرد حول إستعداده لمرض معين وتعرضه لخطر الإصابة به كلما أقبل على ممارسة سلوكيات وقائية. (يخلف عثمان ، 2002:ص33)

فإذا ما اعتبر المدخن مثلا أن صحته غير مهددة أو إعتقد أنه لن يؤثر على احتمال إصابته بالسرطان إذا توقف عن التدخين فإنه لن يقلع عن التدخين.

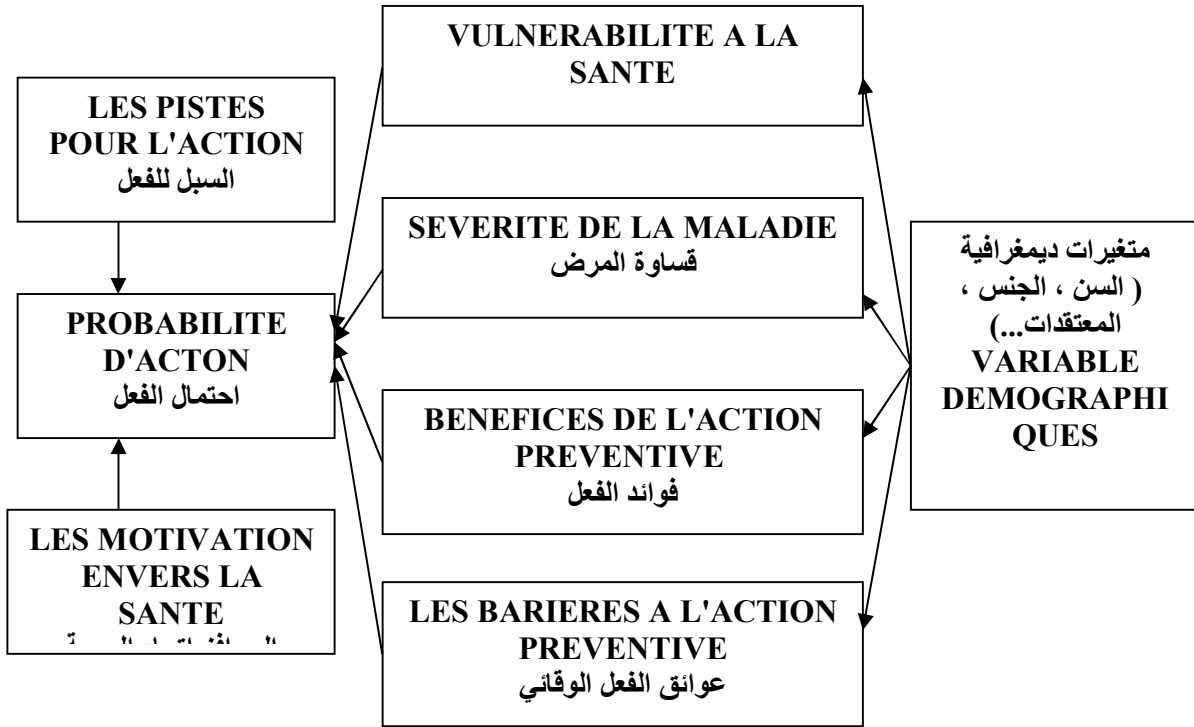
(رضوان سامر، 2002:ص142)

ولعل ما يقترحه هذا النموذج المعرفي من أفكار هامة وتصورات عقلية مفيدة وحلول مناسبة هي تلك المتعلقة بوضع إستراتيجيات وقائية فعالة للتصدي للمشكلات الصحية الخطيرة كمرض السيدا والسرطان مثلا أو سلوك الإدمان على المخدرات وأمراض القلب المختلفة التي تكاد تعرف كلها إنتشارا شبه وبائي في مجتمعاتنا هذه الأيام.

لكن النموذج لا يأخذ بعين الإعتبار الصعوبة المتعلقة بتغيير المعتقدات ولا يعطي إقتراحات لتغييرها، ويعتبر أن السلوك يفسر مباشرة بالمعتقدات دون الأخذ بعين الإعتبار دور الإتجاهات ولا يأخذ بعين الإعتبار إلا العوامل الفردية لحدوث الصحة ،دون مراعاة دور العوامل الإجتماعية الذي يمكن أن تلعبه - مثل تأثير إستحسان الآخرين للسلوك - فحسب Zani 2002 الفرد يعتبر حسب

هذا النموذج كموضوع يأخذ فقط قرارات وكأنه محرر من روابطه الإجتماعية دون عواقب عاطفية أو عقلية وفق منطق la nationalité microéconomique والتي تستند على الإستراتيجيات المعرفية لأقصى الفوائد وأقل أثمان.

(Carolina Werle et all :p07)



الشكل رقم (3) يمثل شكل تمثيلي لنموذج المعتقدات الصحية

(Carolina Werle et all,p08)

فائدة هذا النموذج هو الأخذ بعين الاعتبار المعتقدات والتصورات المشتركة للأفراد وهذا ما يميز النماذج البيوطبية والتي تحاول تعريف الصحة والمرض بكل موضوعية . أبحاث متعددة أخذت بهذا النموذج لتطوير تبني سلوكيات وقائية ضد السيدا، الأمراض القلبية الوعائية، الكشف عن السرطان....الخ، وتبني أنماط حياة صحية - القيام بنشاطات رياضية مثلا- كما أنه لهذا النموذج تأثير مهم في إعداد برامج وقائية مختلفة مثل: السل ، السرطان و السيدا.

2-1 نظرية الفعل المعقول ونظرية السلوك المخطط

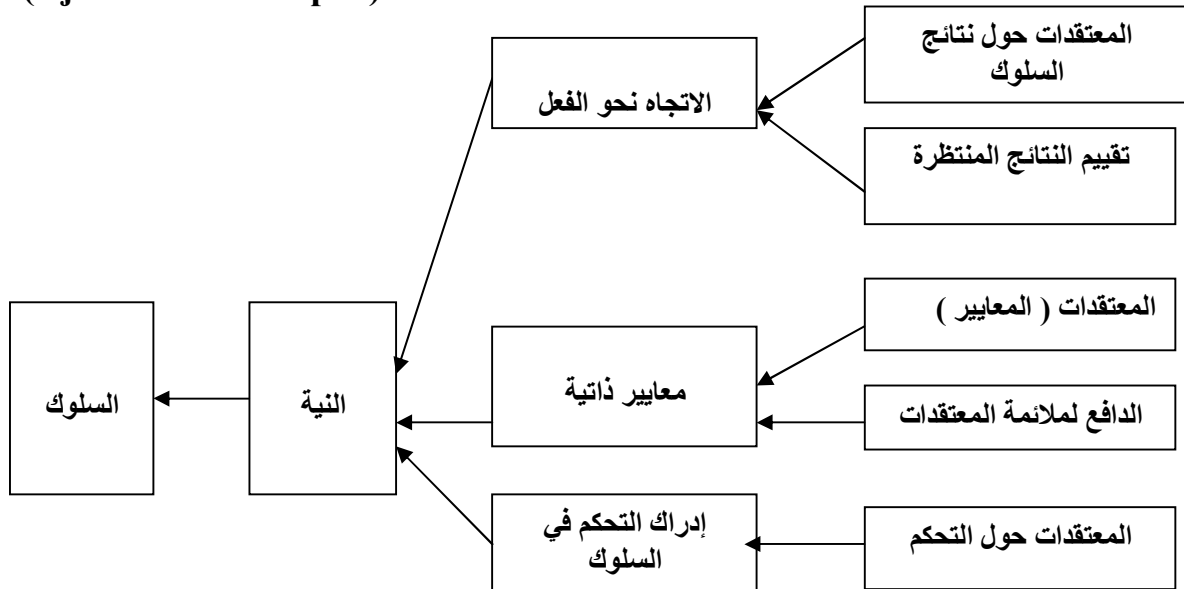
La théorie de l'action raisonnée / TAR / et comportement planifié / TCP / (Ajzen et Fishbein 1980)

وهي نظريات عامة صممت حتى ندرك ونفهم العلاقة بين الإتجاهات والسلوك، هذه النظريات لما تطبق على السلوك الصحي تضم بعض حدود نموذج المعتقدات الصحية لكنها تضيف بعد قياسي *une dimension normative* وخاصة في نظرية السلوك المخطط التي أضافت بعد التحكم السلوكي *une dimension de contrôle comportementale* من طرف نموذج المعتقدات الصحية.

(Carolina Werle et all :p10)

وتؤكد هذه النظرية أن قرارات الفرد المتعلقة بالسلوك الصحي تستند إلى تقييم عقلائي للمعلومات المتاحة لديه، وترتبط بين المعتقدات والإتجاهات نحو الصحة وبين السلوك الفعلي بواسطة متغير وسيط هام هو النية أو المقصد السلوكي حسب النموذج التالي :

(Ajzen Icek 2002 :p01)



شكل رقم (4) يمثل الشكل التمثيلي لنظرية الفعل المعقول ونظرية السلوك المخطط

إذن تتحدد مقاصد أو نوايا الفعل من خلال عاملين :

- الإتجاه نحو السلوك المشكوك فيه.

- المعيار الذاتي أي من خلال ضغط التوقعات الناجمة عن الآخرين وتشكل القناعات المعيارية والشخصية الطلائع المعرفية لمركبات هذا النموذج:

- القناعات الشخصية : تتجه نحو النتائج الممكنة للسلوك المشكوك فيه ونحو التقييمات.
- القناعات المعيارية : وتقوم على التوقعات من جانب الأشخاص أو مجموعات الإطار المرجعي للشخص.

(رضوان سامر، 2002: ص 142)

وتضيف نظرية السلوك المخطط عامل إضافي مقارنة بنظرية الفعل المعقول ألا وهو الصعوبة أو السهولة المدركة لتبني السلوك النوعي ، مثلًا نية التوقف عن التدخين تابعة لإتجاهات الأشخاص حول هذا الفعل وهؤلاء الأشخاص يتأثرون بمعتقداتهم حول نتائج التوقف عن التدخين (إذا توقفت عن التدخين إحتمال إصابتي بسرطان الرئتين سوف ينقص) وبتقييمهم لنتائج هذا الفعل (أتمنى أن أكون بصحة جيدة) في حين إدراك نتائج الفعل يؤثر في المقاصد إذا يجب على الأفراد الإعتقاد بالنتائج السلبية للتدخين.

(Gustave – Nécolas Fisher ; 2002 :p31)

وأخذت هذه النظرية بعين الإعتبار التحكم السلوكي المدرك لأنه ليست كل السلوكيات تحت تصرف الفرد وطبقا لنظرية توقعات الكفاءة الذاتية لبندورا Bandura 1977/1986 فإن نية الفرد من أجل القيام بسلوك صحي لا تتولد إلا عندما يمتلك بالإضافة إلى توقعات النتيجة الممكنة توقعات الكفاءة المطابقة أو المناسبة في الوقت نفسه، أي أنه على الشخص ألا يعنقد فقط أن التدخين مضر

بالصحة مثلا من أجل أن يتوقف عن التدخين وإنما عليه أن يكون مقتنعا على أنه قادر على تحمل عملية الإقلاع الصعبة عن التدخين.

(رضوان سامر ، 2002 : ص 143)

الانتقادات الموجهة لنظرية السلوك المخطط هي أنها ركزت على النسبة الضعيفة للمتغيرات المفسرة من طرف النموذج في مجمله ، حتى وإن كان قد دمج متغير التحكم السلوكي الذي يمس بطريقة واضحة التنبؤ بالمقاصد والسلوكيات، خاصة في حالة الأفعال التي لا تخضع لمراقبة الفرد ، إهمال تحليل العوامل التي تشرح تحول المعقدات إلى مقاصد وتحول المقاصد إلى سلوكيات ، والعلاقة بين إدراك الحكم ومشاكل الحكم الفعلي (الأخذ بعين الإعتبار التأثير المباشر للعوامل البنائية والاجتماعية الواسعة) هي أيضا حدود لهذه النظرية.

(Carolina Werle et all :p11)

كما أنها تحمل العديد من النقائص أهمها أنها تفتقد إلى الشرح العميق والواضح للعلاقة بين السلوك والاتجاهات، ولم تحدد آلية المرور من الاعتقاد إلى الرغبة في السلوك، ومن الرغبة في السلوك إلى الممارسة الفعلية.

(الزروق فاطمة الزهراء ، 2015: ص 22)

التطورات الحالية لهذه النظرية تهتم بإمكانية دمج متغيرات أخرى للنموذج قريبة من السلوك وأيضا تحليل تأثير السلوك الماضي على السلوك الحالي ، دور القيم المعنوية (أي الانتصارات الفردية على ما هو صحيح أو خاطئ) الهوية الشخصية ، المعطيات العاطفية (لذة ، أو ألم) وأيضا المعطيات المعرفية.

1-3 نظرية الدافع للحماية: la théorie de la motivation a la protection PMT

(Rogers 1983)

يقوم هذا النموذج المعرفي على المعلومات المهددة للصحة وإتخاذ القرارات للقيام بإجراءات ملائمة أي القيام بأنماط السلوك الصحي، ويمكننا في هذا النموذج التفريق بين المركبات الأربعة:

1. الدرجة المدركة من الخطورة المتعلقة بتهديد الصحة .

2. القابلية المدركة للإصابة بهذه التهديدات الصحية .

3. الفاعلية المدركة لإجراء ما ، من اجل الوقاية أو إزالة التهديد الصحي.

4. توقعات الكفاءة الذاتية أي الكفاءة الذاتية لصد الخطر.

وتساهم هذه المركبات في تشكيل طلائع ممارسة السلوك الصحي، وإستنادا لنظرية الفعل المعقول يفترض أن مثل هذه النوايا تمكن من التنبؤ الأفضل للسلوك الفعلي .

(رضوان سامر و ريشكه، 2007/07/12)

وكل واحدة من هذه المتغيرات تعطي مكان لعمليات التقييم المعرفية الموافقة، والتي ستصبح وسيط في تغيير الإتجاهات. والحافز إتجاه الحماية هو نتيجة عمليتين معرفيتين :

1 - تقييم التهديد : مقارنة بين القساوة المدركة للمرض و الهشاشة المدركة بالنسبة للمرض المدروس.

2 - تقييم قدرة الفرد على مواجهة التهديد.

تقييم التهديد وتقييم قدرة الفرد على مواجهة التهديد يتأثران بمصادر معلومات داخلية (متغيرات الشخصية والتجارب السابقة) وبمصادر معلومات تأتي من المحيط (إقناع لفظي وتعلم عن طريق

(الملاحظة) ، ويجب الأخذ بعين الاعتبار أن تقييم التهديد يأتي قبل تقييم القدرة على مواجهة التهديد نتيجة هذه العمليات التقييمية هي قرار بدء، إتمام أو إنهاء سلوك وقائي ما.

هذه النظرية تأخذ في الحسبان متغير وسيط بين المعتقدات و السلوك و هو الحافز للحماية ، و المتغير المستقل نوعيا في الدراسات على نظرية الدافع للحماية هو مقدار المقاصد السلوكية.

(Carolina Werle et all :p09)

ولقد استعملت هذه النظرية بتوسع للتأثير والتنبؤ بمختلف السلوكيات الصحية مثل :

- تخفيض إستهلاك الكحول .
- إتباع أنماط حياة أكثر صحية .
- الإنضمام إلى أنظمة طبية .
- الحماية والكشف المبكر ضد السرطان .
- القيام بتمارين رياضية منتظمة .

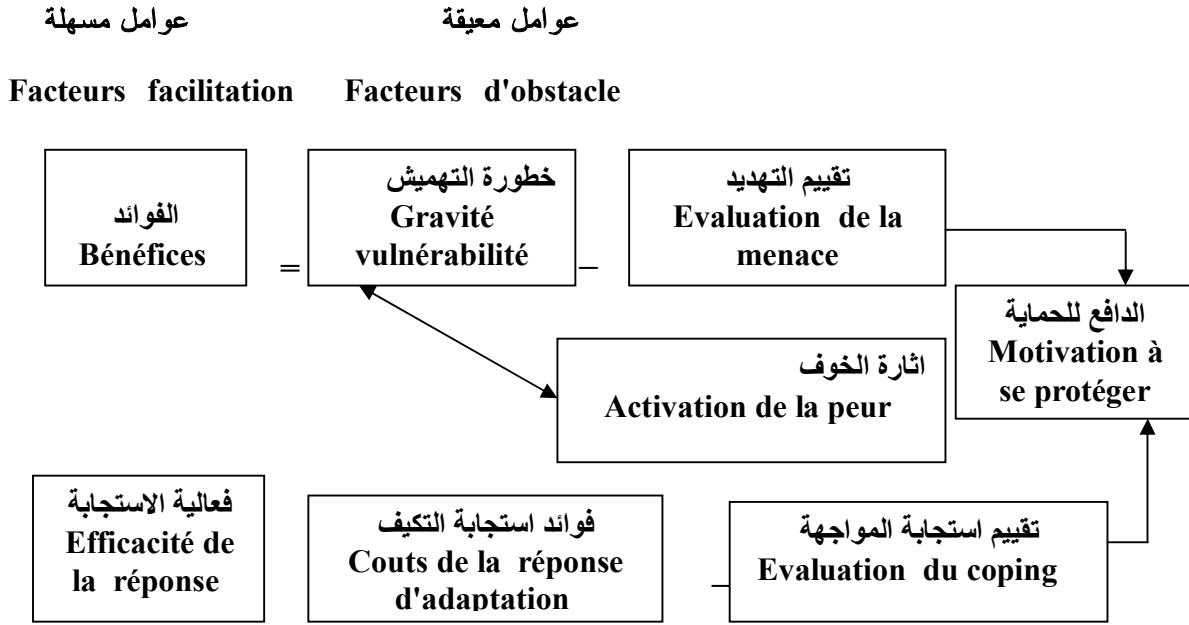
من جهة أخرى تحليل دقيق أجري على أكثر من 65 بحثا تستعمل هذا النموذج PMT

(Rogers et Floyd et Prentice - Dunne 2002) دللت على أن العلاقات المقترحة من

طرف هذه النظرية قد أكدت ميدانيا . وهذه الأبحاث المستعملة لنظرية الدافع للحماية ترى أن حافز

الفرد للحماية من مرض ما تكون قصوى إذا كان :

- التهديد على الصحة خطر .
- الفرد يحس بالتهميش .
- الإستجابة تعتبر فعالة لإستبعاد التهديد .
- الفرد واثق من حظوظه للنجاح في تحقيق الإستجابة المكيفة والفوائد المتعلقة بها مرتفعة نوعا ما.



الشكل رقم (5) يمثل شكل تمثيلي لنظرية الدافع للحماية

(Gustave – Nécolas Fisher , 2002:p28-29)

تأثير التهميش ، المساواة ، فعالية الاستجابة الوقائية ، والفعالية الذاتية على سلوكيات معينة

دالة إحصائياً حتى وإن كانت معتدلة ، هذه النتائج تختلف حسب نوع السلوك المراد تغييره مثلا :

- بالنسبة لسلوكيات التوقف عن نشاط خطير (التوقف عن التدخين مثلا) المتغيرات المرتبطة بالقدرة على مواجهة التهديد وفعالية الاستجابة وثمن الإستجابة لها آثار أكبر في اتخاذ السلوك الوقائي .

- البدء في نظام غذائي مثلا: يؤثر عامل آخر في نتيجة المتغيرات التفسيرية ألا وهو سن المستجوبين.

- بالنسبة للوقاية من السرطان ، المتغيرات المتعلقة بتقييم التهديد تؤكد روابط جد قوية مع السلوكيات أو مقاصد السلوكيات على تلك المتعلقة بالقدرة على مواجهة التهديد ، أما بالنسبة للتوقف عن التدخين أو الوقاية من التدخين فإن المتغيرات المتعلقة بالقدرة على مواجهة التهديد لها آثار جد مهمة على السلوك على تلك المتعلقة بالتهديد.

- في الأبحاث حول الخضوع لنظام غذائي والقيام بتمارين رياضية ندرك وجود علاقة جد قوية بين المتغيرات المتعلقة بالقدرة على مواجهة التهديد وذلك صحيح بالنسبة للوقاية من السيدا .

(Carolina Werle et all ; p09)

4-1 النموذج العبر نظري: Le Modèle Transthéorique

(Diclemente et Prochasks1994)

ويعنى هذا النموذج بتحديد المراحل التي يمر الفرد من خلالها أثناء محاولته إحداث تغيير في سلوكه ، وبناء على ذلك يتم اقتراح أهداف علاجية وإجراءات تدخل خاصة بكل مرحلة ، وهذا النموذج صمم أساسا لمعالجة اضطرابات الإدمان ، مثل التدخين ، تعاطي المخدرات وإدمان الكحول. كما طبق في تغيير عادات سلوكية أخرى مثل : أداء التمارين الرياضية ، والفحص الطبي المنتظم للتدخين (Rakowski et al .1993) ويمكن تقسيم المراحل التي يمر بها الفرد لدى محاولته إحداث تغيير في سلوكه على النحو التالي:

أ- مرحلة ما قبل العزم la phase pré contemplative: وتحدث هذه المرحلة في الوقت

الذي لا يكون فيه لدى الفرد أي نية لتغيير سلوكه، فكثير من الأفراد في هذه المرحلة لا يدركون حتى أن لديهم مشكلة ، مع أن المحيطين بهم يدركون وجودها مثال ذلك : مدمن الكحول الذي يغفل تماما عن المشكلة التي يسببها لأسرته. وأحيانا قد يبحث البعض في هذه المرحلة عن علاج للمشكلة ، ولكنهم- على الأغلب- يقومون بذلك فقط لأنهم تعرضوا للضغوط من الآخرين ، وهم بذلك يشعرون بأنهم مكرهون على تغيير سلوكهم ، لذا فليس من المدهش أن يعود هؤلاء وأمثالهم إلى عاداتهم السابقة ، ونتيجة لذلك فإن إجراءات التدخل في سلوك هؤلاء لا تحقق ثمارها.

ب- مرحلة العزم la phase contemplative: في هذه المرحلة يشعر الأفراد بوجود المشكلة ويبدؤون في التفكير بها، لكنهم لا يلتزمون القيام بسلوك معين ، إن الكثير من الناس يضلون في مرحلة العزم لسنوات عديدة مثل: المدخن الذي يدرك تماما أن عليه أن يتوقف عن التدخين ، لكنه لا يلتزم بالتوقف بل يستمر بتحديد الإيجابيات والسلبيات التي يسفر عنها تغيير سلوكه ويستمر بإظهار المظاهر الايجابية المرتبطة بالمتعة التي يسببها الإستمرار في التدخين .

ت- مرحلة التحضير La phase de préparation: في مرحلة التحضير يعقد الأفراد العزم على تغيير سلوكهم دون أن يكونوا قد بدؤوا بعد في التغيير، وفي بعض الحالات يعود ذلك إما لأنهم لم يحققوا النجاح في السابق ، أو لأنهم يؤخرون القيام بذلك إلى حين تمكنهم من إنجاز أمر معين ، أو للتخلص من الضغوط التي يواجهونها في مرحلة ما .

(شيلي تايلور 2008:ص175-176)

ث- مرحلة الفعل la phase d'action : وفي هذه المرحلة يغير الفرد سلوكه خلال مدة معينة.

ج- مرحلة الاحتفاظ La phase du maintien: وهي المرحلة التي يحاول فيها الفرد الحفاظ على الفوائد الصحية وتجنب الإبتكاس لمدة طويلة .

(يخلف عثمان، 2001:ص 38)

ويمكن تطبيق نموذج التغيير عبر مراحل في السلوك في العديد من المجالات كعلاج الإدمان على الكحول والتدخين والمخدرات وحتى مراقبة الوزن .وقد نجحت هذه النظرية في تغيير العديد من السلوكيات الخطرة والمضرة بالصحة بإدخالها لعامل الزمن أي ان الانتقال من عدم الوعي

بخطورة السلوك إلى غاية مرحلة الاحتفاظ بالسلوك الصحيح والصحي يمر عبر مراحل زمنية متعددة.

5-1 مقارنة سيرورة الفعل الصحي: l'approche du processus d'action de santé (Shwarzer 1992)

و هو نموذج حاول دمج إستخدامات النماذج الإجتماع معرفية و العامل الزمني لتغيير السلوك المقترح من طرف النموذج العبر نظري. هدف هذا النموذج هو تحديد الوضع السببي للمعتقدات على الفعالية الذاتية مقارنة بالمتغيرات المتعلقة بالصحة ويتمحور حول العلاقة بين المقاصد السلوكية والأفعال الحقيقية ويعتبر أن تبني ، ظهور أو المحافظة على السلوكيات الصحية تتم عبر مرحلتين :

أ- مرحلة الدافعية **la phase de motivation**: عندها يختار الفرد تبني فعل أو خلق

نية، وهذه المرحلة تتأثر بثلاث معتقدات وهي :

- إدراك خطر المرض أو شروط الصحة (إدراك الخطر) .
- النتيجة المرتقبة من السلوك الوقائي (النتيجة المنتظرة من الفعل الوقائي).
- إدراك الفعالية الشخصية.

ب- مرحلة الفعل **la phase d'action**: عندما يكتب الأشخاص السلوك ويريدون تحديد شدة

المجهود لإستمراريته ، هذه المرحلة تنقسم إلى ثلاث خطوات:

ب-1 تحضير مخطط الفعل ومراقبته.

ب-2 الفعل.

ب-3 المحافظة على الفعل

هذه المرحلة تتأثر بمعيقات الفعل وأيضا بالفعالية الشخصية أو قدرة الفرد على الإستمرار في مواجهة التهديد أو الإستمرارية في القيام بالسلوك الوقائي عبر الزمن .

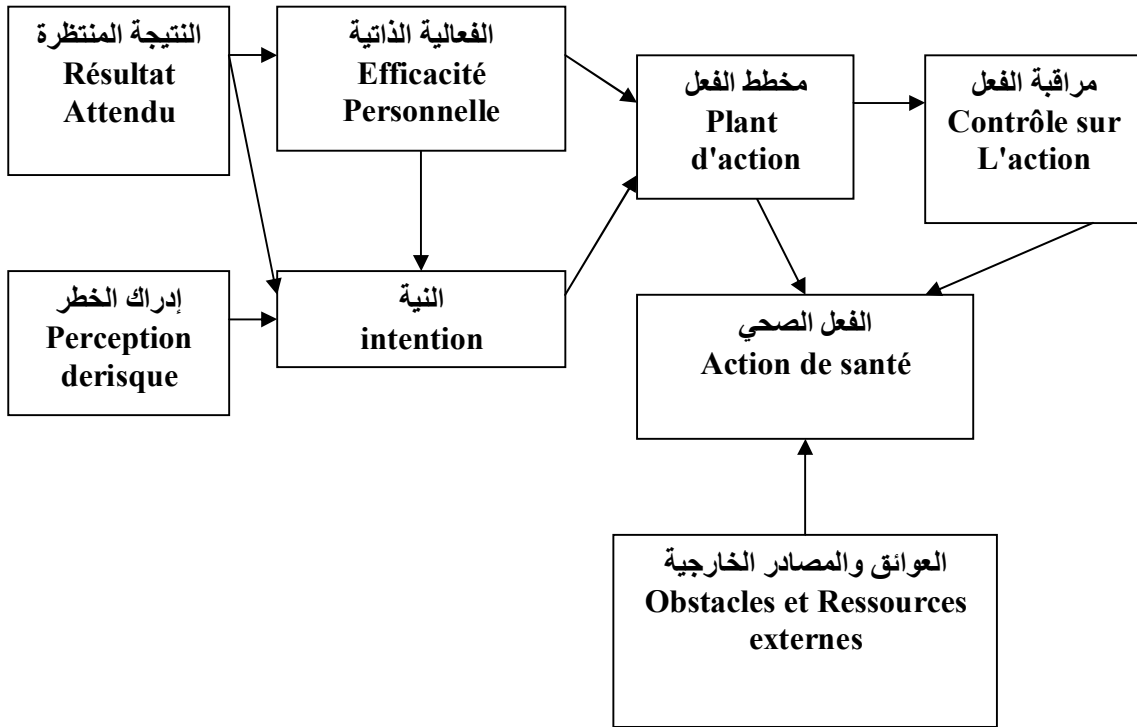
شفارزر و فيش 1996 Schwarzer et Fuchs إختبرا هذا النموذج في دراسة حول التغذية المتزنة أجريت على 800 مواطن ببرلين الألمانية. وتجميع المعلومات تم عبر مرحلتين وبفارق 6 أشهر بينهما، في المرحلة الأولى قيست المتغيرات الآتية :

- الفعالية الشخصية .
- التوقعات الإيجابية مقارنة بنتيجة الفعل الوقائي.
- التوقعات السلبية مقارنة بنتيجة الفعل الوقائي.
- إدراك الخطر.
- السوابق السلوكية المتعلقة بالتغذية.
- القصد من الحصول على تغذية متزنة (متغير تابع).

في المجموعة الأولى الفعالية الشخصية فسرت 16 % من متغير النية للحصول على غذاء متوازن ،أما بالنسبة للمجموعة الثانية النية أضيفت كمتغير مفسر لسلوك الخطر خلال الأشهر الستة الأخيرة ،أوضحت النتائج وجود إختلاف حسب الجنس حيث كانت النية هي أحسن منبئ للسلوك بالنسبة للرجال، لكن بالنسبة للنساء الفعالية الذاتية.

(Carolina Werle et all :p14)

ولقد أثبتت الدراسات أهمية هذا النموذج من خلال قدرته على شرح العلاقة بين السلوك الوقائي وبين كل الدافعية والفعالية الذاتية.



شكل رقم (6) يمثل الشكل التمثيلي لنظرية سيرورة الفعل الصحي 1992

(Gustave.Nicolas Fisher 2002 :p36)

6-1 نظرية فعالية الذات: (SLT) Social Learning Theory

يرى باندورا أن بناء شخصية الفرد تتكون من التوقعات و الأهداف و المطامع و فعالية الذات حيث تعمل هذه الأبنية بشكل تفاعلي عن طريق التعلم بالملاحظة و الذي يتم في ضوء مفاهيم المنبه و الاستجابة و التدعيم و يؤكد على أن سلوك الفرد يحدد من خلال الاعتقاد أكثر من المعطيات الواقعية . أي أننا نتصرف ليس طبقا للواقع و لكن طبق لإدراكنا لهذا الواقع .

فالإنسان لا يستجيب للمثيرات البيئية فحسب و لكنه يتفاعل معها و يكون مفاهيم حولها تؤثر في سلوكه ، حيث أن التغيير و حل المشكلات يبدأ من إدراكها و تفسيرها و ليس من تغيير هذه الظروف البيئية نفسها بطريقة مباشرة. (البرزنجي عبد الواحد ، 2010: ص ص41، 42)

وهناك ثلاث آليات أساسية متداخلة وراء نموذج باندورا وهي:

أ- العمليات الإبدالية: يقصد بها أن جميع الظواهر التعليمية الناجحة عن التجربة

المباشرة يمكنها أن تحدث على أساس تبادلي من خلال ملاحظة سلوك الآخرين ونتائجه على الشخص الملاحظ.

ب- العمليات المعرفية: ويقصد بها باندورا Bandura أن التمثيل الرمزي القائم على

الاستدلال من الأحداث الخارجية ضروري لتفسير التنوع الكبير لعمل الإنسان وهذه العمليات المعرفية هامة في التعلم الإنساني.

ت- عمليات التنظيم الذاتي: ويقصد بها باندورا Bandura أن الأشخاص يستطيعون تنظيم

سلوكاتهم إلى حد كبير طريق تصور النتائج التي قد يولدونها هم بأنفسهم. كما يمكن تفسير الكثير من التغييرات المصاحبة لإجراء الإشراف عن طريق عمليات التنظيم الذاتي وليس عن طريق الرابطة بين المثير والاستجابة. ووفقا لهذه النظرية يمكن أن نتوقع ممارسة أو التعلم الصحي عندما تتوفر قناعة لدى الفرد انه سينجح كبيرة و هذه النظرية هي الأكثر استعمالا في الدراسة و البحث عن المحددات النفسية الاجتماعي و السلوك الاجتماعي.

(عبد العزيز مفتاح ، 2010: ص ص33-36)

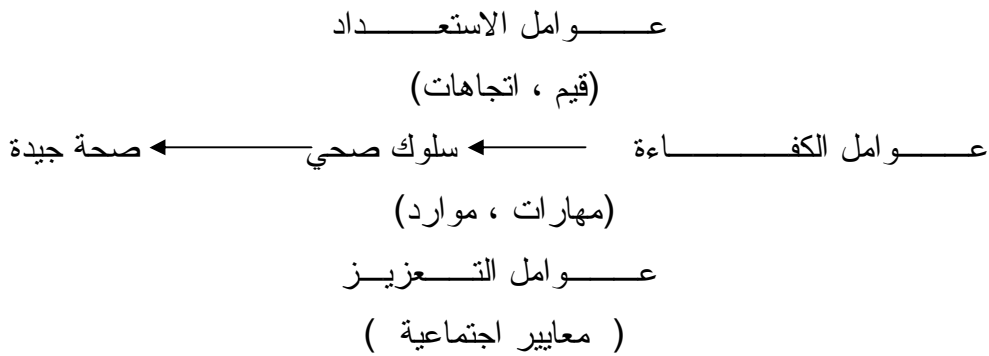
فنظرية التعلم الاجتماعي تفترض أن الناس يتفاعلون بشكل مستمر وبيئتهم. ومن المهم الاعتراف بان نظرية التعلم الاجتماعي تعالج بوضوح العوامل النفس اجتماعية التي تحدد السلوك الصحي والاستراتيجيات التي تنمي تغيير السلوك.

(National Institutes of Health.(S.D):p13)

و بهذا فبانندورا يعتقد أن التعلم من خلال الملاحظة أو النمذجة أو التقليد هو المصدر الرئيسي لفاعلية الذات باعتبارها عنصرا من العناصر الأساسية في التدخلات الوقائية و العلاجية في علم النفس الصحي.

7-1 نموذج برسيد للتربية الصحية:

جاء به لورانس قرين (Lawrence green) سنة 1974م و هو من النظريات النفسية الأكثر استعمالا في مكافحة المرض في مجال الصحة العامة. تناولت المحددات المعرفية و الاجتماعية للسلوك الصحي. و ذلك من خلال صياغته لنموذج نظري يعرف ب: نموذج الإعداد أو برسيد . حول كيفية التخطيط للصحة الجيدة و الارتقاء بصحة المجتمعات إلى أعلى مستوياتها. و قد قام بتحديد مجموعة من المتغيرات او العوامل التي يفترض أنها تتحكم في نشأة و ممارسة مظاهر السلوك الصحي و هي كما يوضحها الشكل الموالي: (بخلف عثمان ، 2001:ص 37)



الشكل رقم (7) يمثل نموذج التربية الصحية لـ Green

ويرى جرين أن الصحة الجيدة مرتبطة بشكل قوي و مباشر بالبيئة المحيطة بالفرد و العادات الصحية التي يمارسها و ينطلق هذا من المحددات المعرفية و الاجتماعية المعرفية و الثقافية للسلوك الصحي و يعتبر من النظريات النفسية الأكثر استعمالا في مكافحة المرض في مجال الصحة العامة، حيث أن اعتماد بعض البرامج الوقائية والنمائية على مبادئها العلمية مكن مجتمعات كثيرة من السيطرة على مشاكل صحية هامة خاصة تلك التي تتعلق بصحة الأم والطفل والجنين في المجتمعات النامية .

(عبد العزيز مفتاح ، 2010 :ص38-40)

8-1 نموذج تغيير السلوك بالتواصل أو بالإعلام:

The communication-behavior change model

طور نموذج تغيير السلوك بالتواصل خبير التخاطب والاختصاصي النفسي الاجتماعي وليام ماكجوير William McGuire عام 1981. وهو يعد وسيلة يمكن الاستفادة منها في تقييم الحملات العامة للتواصل . وهذا النموذج يطلق عليه أحيانا نموذج التواصل/الإقناع حيث انه يرتبط بشكل مباشر بالعلاقة السببية بين التواصل والإقناع ، حيث ان تأثير جهود التواصل المقدمة سوف تعتمد على المدخلات (المثيرات) والمخرجات المتنوعة (الاستجابة للمثير) وتحتوي المدخلات على مصدر الرسالة ، ومضمون الرسالة ، والقناة التي ارسلت عن طريقها الرسالة، ومميزات المستقبل، والهدف من الرسالة ، أما المخرجات فهي ترجع إلى تغييرات في العوامل المعرفية الخاصة مثل المعلومات ، والاتجاهات ، واتخاذ القرار .

وقد خصص ماكجوير 1981 اثنتي عشرة مرحلة متتالية من الأحداث التي لابد من ظهورها بين التعرض لعملية التواصل والتغييرات طويلة المدى في السلوك. وهذه المراحل هي:

1. التعرض لعملية التواصل.

2. الإصغاء إليه.
3. الميل لعملية التواصل والاهتمام بها.
4. فهمها (تعلم ماذا).
5. اكتساب مهارة التواصل (تعلم كيف).
6. الإذعان لهذه العملية (تغيير الاتجاه).
7. تخزين محتويات عملية التواصل في الذاكرة
8. استرجاع المعلومات
9. تحديد أساس الاسترجاع .
10. ان يسلك الفرد وفقا لهذا التحديد.
11. تعزيز التصرفات المرغوبة.
12. المحافظة على هذا السلوك.

(الدق أميرة ، 2011: ص 125-127)

وهذه السلسلة يمكنها مساعدتنا في التفكير في التأثيرات التي يهدف برنامجنا لإحداثها لدى التلاميذ.

9-1 تغيير السلوكيات الضارة بالصحة من خلال نظرية الهندسة الاجتماعية Changing health behavior through social Engineering

إن الكثير من التغيير في السلوك لا يحدث من خلال استخدام برامج تغيير السلوك ولكن من خلال الهندسة الاجتماعية والتي تتضمن تعديل البيئة بطرق تؤثر في قابلية الناس لممارسة سلوك صحي معين. وتسمى هذه الإجراءات بالسلبية (Passive) لأنها لا تتطلب قيام الفرد بسلوك معين فمثلا يعد استخدام حزام الأمان في القيادة إجراء إيجابيا، لان على الفرد القيام به للوقاية من التعرض للإصابة الناجمة عن حوادث السيارات في حين أن الوسائد الهوائية (Airbags) التي تنتفخ

بشكل اوتوماتيكي بالهواء لدى حدوث الحوادث تمثل إجراء سلبيا ، كما أن كثيرا من السلوكيات الصحية يتقرر حدوثها بفعل الهندسة الاجتماعية فالحظر الذي يفرض على تعاطي بعض أنواع المخدرات مثل : الهيروين والكوكايين وتنظيم عمليات التخلص من الفضلات السامة هي أمثلة على المعايير الصحية التي شرعت عن طريق القوانين ، إن التدخين وتعاطي الكحول هي من الأمور المحظورة قانونيا في ظروف معينة وعلى مجموعات عمرية معينة.

وفي أحيان كثيرة تكون الحلول التي تقدمها الهندسة الاجتماعية للمشاكل الصحية أكثر نجاحا من الحلول الفردية فمثلا_ مسألة تنقية المياه _ فقد نستطيع أن نغرس عادات تنقية المياه لدى الأفراد عن طريق تصميم نظام تدخل يهدف إلى التأثير في الاتجاهات والسلوك لإقناع الناس بغلي المياه التي يستخدمونها علما بأن تنقية المياه في مصادرها هو حل أفضل .وقد نتدخل من خلال توجيه الوالدين إلى جعلهما يقومان باتخاذ الإجراءات الكفيلة بتقليل وقوع الحوادث في البيت ولكن إتباع طريقة في وضع الأدوية في عبوات آمنة وصنع ملابس الأطفال من مواد غير قابلة للاشتعال تمثل حولا أكثر نجاحا كما يؤدي تقليل معدل السرعة المسموح به في قيادة المركبات إلى نتائج أفضل بكثير في تخفيف الوفيات والإعاقات الناجمة عن حوادث المركبات من مجرد التدخل لجعل الناس يغيرون عاداتهم في القيادة.

ومن طرق الهندسة الاجتماعية الحديثة نسبيا التي تهدف إلى تحسين العادات الصحية تلك التي تستخدم وسائل الإعلام الترفيهية لإيضاح الممارسات الجيدة ، إذ تبين أن المسلسلات التي تعالج مشكلات اجتماعية كانت أكثر نجاحا من المحاضرات والنشرات في التأثير في الناس لتغيير عاداتهم الصحية في كثير من البلدان وبشكل خاص في البلدان النامية ،وقد وجد الباحثون ميلا اكبر إلى التغيير لدى أولئك الذين يشاهدون نجومهم المفضلين في المسلسلات التلفزيونية يمارسون عادات صحية وبالطبع فان هناك حدودا للاعتماد على وسائل الإعلام في تغيير السلوك ولكن استخدام

المسلسلات التلفزيونية في مواجهة مشكلات معينة مثل مشكلة الحمل بين المراهقات ، ومرض فقدان المناعة المكتسبة حقق بعض النجاح (AIDS) في التخفيف من المشكلة.

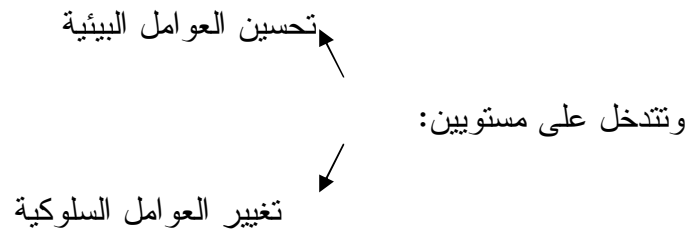
(شيلي تايلور، 2008 : ص 178-180)

2- الأسس المفاهيمية

1-2 تنمية الصحة:

منذ الثمانينات ترسخ مفهوم جديد في مجال الصحة ألا وهو تنمية الصحة بدل تسمية الإجراءات الوقائية الأولية الذي طورته منظمة الصحة العالمية، حيث عرف هذا المفهوم كتطور وقائي يهدف إلى التوكيد الأحادي الجانب للإجراءات القائمة على السلوك ، ويقوم على تنمية شروط حياتية صحية .

وتتمية الصحة تعمل على تسهيل حماية وتحسين الحالة الصحية لأفراد منطقة ما:تزيد طول العمر، تحسن نوعية الحياة، تقي وتنقص آثار الأمراض على الأشخاص المصابين وعلى العلاجات المقدمة لهم.



والتدخلات السلوكية هدفها الأساسي تحسين نمط حياة الأفراد و الذي يقتضي بعض الأفعال لتغيير تصوراتهم، معتقداتهم و اتجاهاتهم وذلك لزيادة معارفهم ومعلوماتهم حول أخطار، أسباب ونتائج الأمراض . نستنتج إذا أن الأفراد يأخذون قرارات أساسية وأن معارفهم هي أصل أفعالهم.

(Marilou Bruchon.Schweitzer.2002:p28-29)

وتؤكد منظمة الصحة العالمية أن تنمية الصحة تهدف إلى الوصول إلى بناء صحي للمحيط الاجتماعي والطبيعي، وتهدف في الوقت نفسه إلى إكتساب كل إنسان الكفاءات اللازمة لتحسين صحته الشخصية ، ويتم تقويم الصحة بأنها واحدة من شروط متعددة من أجل تحقيق نوعية مثلى من الحياة . فهي تشكل حسب تحديد منظمة الصحة العالمية إجراء ذا أولوية قصوى ولا يقصد هنا التخلص من أنماط السلوك الخطرة فحسب وإنما إكتساب أنماط سلوك صحية عامة وهذا الإكتساب يشترط وجود تحديد إيجابي لمفهوم الصحة.

وتهدف تنمية الصحة إلى جعل الناس في وضع يمارسون فيه الضبط على صحتهم ودعم

الوضع الصحي . (شفارتسر رالف، 1994:ص114)

2-2 التفاوضية الدفاعية و التفاوضية الوظيفية:

يعد مفهوم التفاوض والمفهوم المقابل له التفاوض من المفاهيم النفسية الحديثة والتي دخلت إطار البحث المكثف في مجال علم النفس الصحة والتخصصات النفسية الأخرى . وقد عرفها شاير وكارفر Scheier et carver 1992 بأنها التوقعات المعقدة للنتيجة أي التوقعات للعلاقات المدركة بين التصرف والنتيجة (سامر جميل رضوان ،ريشكه 2007/07/12) وقد تكون هذه التوقعات ايجابية (تفاؤل) أو سلبية غير ملائمة (تشاؤم).

ومن هنا نستطيع أن نقول أن الأمر هنا يتعلق بالكيفية التي يدرك من خلالها الأفراد الأحداث، والمواقف المختلفة وقيمونها فيها ، حيث يساهم أسلوب الإدراك في تطور المرض وازدياده سوءا أو تراجعها ،ويعد مفهوم التفاؤل غير الواقعي ذو علاقة وثيقة بمفهوم التشاؤم والتفاؤل .

وتعرف تايلور وبراون 1988 Tayler et Brown التفاؤل غير الواقعي بأنه شعور الفرد بقدرته بالتفاؤل إزاء الأحداث دون مبررات منطقية أو وقائع أو مظاهر تؤدي إلى هذا الشعور ، مما قد يتسبب أحيانا في حدوث النتائج غير المتوقعة ، وبالتالي يصبح الفرد في قمة الإحباط مما قد

يعرضه للمخاطر والإصابة بالأمراض كالسيديا على سبيل المثال ، وذلك كما ظهر من دراسة تايلور وزملائها Tayler et all 1992 حيث يعتقدون أن التوقعات غير الواقعية للأفراد إزاء أحداث المستقبل (وخاصة في الأمور الصحية) قد تدفع بهم إلى عدم ممارسة السلوك الصحي الجيد.

(الأنصاري بدر ، 2001 :ص 198)

فكيفية تصرفنا تجاه المخاطر الصحية يتعلق بمدى إعتقادنا بأنه بوسعنا تقدير هذه المخاطر وبالتالي التأثير فيها ويدخل في ذلك التصورات الذاتية حول إنتشار وشدة وإحتمال ظهور الأعراض وحول إرتباطها بعوامل الخطر ، وكذلك حول قابلية الأمراض للشفاء من جهة ومن جهة أخرى هناك المعارف حول القابلية الفعالة لتجنب الأضرار الصحية وحول الموارد الواقية لدى الشخص ذاته وعدم القابلية للإصابة (الحصانة) وكذلك على إستطاعة الفرد الذاتية في منع أو تصحيح السيورورات المرضية .

وفي دراسة أجراها واينستين Weinstein 1982 على التفاوض غير الواقعي المتعلق بالقابلية للمشكلات الصحية يذكر في مقدمته : يحث الناس دائما على أن يحموا أنفسهم من المرض والحوادث والأخطار البيئية وحتى إذا لم تكن الإحتياطات والتدابير الوقائية الواجب إتباعها معروفة جيدا فإن المعلومات عنها متاحة عادة ،ومع ذلك فكثيرا ما يفشل الناس في إتباع هذه التدابير الوقائية والإحترازاات فهم يعانون من المرض ويتعرضون للأذى البدني والآلام النفسية والتي كان بالإمكان تجنبها.

(الأنصاري بدر ، 1998 :ص 26-27)

ولقد قدم واينستين Weinstein تعريفا للتفاوض غير الواقعي كما يلي (يعتقد الناس أن الحوادث السلبية يقل إحتمال حدوثها لهم بالمقارنة إلى الآخرين ويعتقدون أيضا أن الحوادث الإيجابية يزداد إحتمال حدوثها لهم بالنسبة إلى الآخرين) .

ويذكر Weinstein 1982 دراسة قدمت لمائة طالب جامعي من الجنسين قائمة تضم 45 مشكلة صحية تشتمل على عنصرين فرعيين ، الأمراض وأسباب الوفاة مثل : الإدمان، الإنتحار، الصرع، أزمة قلبية، القرحة، سرطان الرئة، إتهاب الكبد الوبائي، نقص الفيتامين، عدوى الكلى، تصلب الشرايين، ضربة الشمس، الربو ، وتلي كل مشكلة مقياس تقدير من سبع نقاط يضم الإختيارات الآتية : أقل من المتوسط بكثير، أقل من المتوسط ، أقل من المتوسط قليلا، المعدل نفسه لبقية طلاب جامعتك من جنسك نفسه، أعلى من المتوسط قليلا، أعلى من المتوسط، أعلى من المتوسط كثيرا، ويقوم كل طالب بوضع تقدير فرص إصابته بهذه المشكلات الصحية والمشكلات المهدة للحياة وفرص زملائه في الجامعة نفسها، وكشفت الدراسة أن لدى الطلاب تفاؤلا متحيزا مرتفعا وعدوا فرصة إصابتهم بالمشكلة الصحية أقل من فرصة أقرانهم ، كما ظهر أن العوامل التي تزيد في التفاؤل غير الواقعي هي: إمكانية التحكم في المرض أو سبب الوفاة كما يدركها الطلاب ، نقص الخبرة السابقة ، وبينت الدراسة أن التفاؤل غير الواقعي يضعف الإهتمام بتخفيض احتمالات خطر الإصابة بالأمراض. كما أن نتيجة تمرکزنا حول ذواتنا فإن أي عامل يؤثر في إعتقداتنا عن إحتمال إصابتنا بمرض ما يترتب عليه أخطاء في الأحكام المقارنة التي نصدرها عن إحتمال وقوعنا في هذا الخطر ، ومثال ذلك أن نقص الخبرة بمشكلة صحية قد يجعلنا نشعر أنها لا يحتتمل أن تحدث لنا بحيث يصبح إحتمال وقوعنا تحت هذا الخطر أقل من المعدل .

ففي دراسة لـ Strecher Krenter et Kobrin 1995 والتي أجريت بهدف التعرف على التفاؤل غير الواقعي لمدخني السجائر تجاه إصابتهم بأمراض القلب أو السرطان أو أزمة قلبية وذلك على عينة من المدخنين قوامها 2785 مدخن في ولاية شمال كارولينا الأمريكية ، وقد تم توجيهه إستبيان عن مدى إحتمال إصابتهم بالسرطان وبعض أمراض القلب مقارنة بغيرهم من غير المدخنين والمدخنين، وقد كشفت النتائج أنه على الرغم من أنهم يعتقدون بأنه يزداد إحتمال حدوثها

لهم بالنسبة إلى غير المدخنين إلا أنهم يعتقدون بأنه يقل احتمال حدوثها لهم بالنسبة إلى المدخنين منهم.

(الأنصاري بدر، 2001: ص 15)

وفي دراسة قامت بها تايلور واخرون Taylor et al 1992 هدفت إلى معرفة العلاقة بين التفاؤل وإستراتيجيات التغلب على الضغوط والتوافق والسلوك الصحي والتي شملت 550 فردا من الذكور وهم من نزلاء مصحة في لوس أنجلوس الأمريكية لمعالجة مرض نقص المناعة المكتسب (السيدا) بواقع 312 مفحوصا مصابا بالسيدا ، و 238 غير مصاب بالفيروس تراوحت أعمارهم بين 18- 50 عاما وكشفت النتائج عن عدم إرتباط التفاؤل بالسلوك الجنسي الذي يعرض صاحبه للإصابة بمرض السيدا ، حيث تبين أن كلا من الأفراد المتفائلين وغير المتفائلين في هذه الدراسة يسلكون سلوكا جنسيا لا يسبب لهم الإصابة بالسيدا إلا قليلا .

(الأنصاري بدر، 1998 : ص56)

2-3 إدراك الخطر و التفاؤلية الدفاعية :

يصعب علينا القيام بسلوك صحي لو أننا لا نستطيع إدراك أخطار مختلفة على الحياة، فإدراك خطر ما أو خبرة القابلية الذاتية للإصابة تحدد نقطة الإنطلاق إلى جانب نقاط أخرى لدوافع السلوك الوقائي ، وكما رأينا سابقا فنموذج القناعات الصحية تطرق إلى القابلية للإصابة المدركة كعامل سببي للسلوك الصحي . فالأشخاص لا يقومون بسلوك صحي ما إلا بعد إدراكهم للخطر الجدي للمرض وأنهم مهددون شخصيا وإقتناعهم بفاعلية إجراءات الشفاء التي يمكن أن يقوموا بها من جانبهم ، إن إدراك الخطر ينتج كوظيفة للأهمية المدركة لحدث ما وإحتمال ظهوره المدرك، ويعتبر الإنتشار المدرك لمرض ما كاشفا لدرجة شدته وخصوصا عندما لا يعرف الإنسان أي شيء عن هذا المرض ، فقد قام كل من يموت وديتو وكرويلة 1986 بتصنيع عامل خطر وقاموا بالإيحاء إلى

أن هذا الخطر منتشر بدرجة عالية وبدرجة قليلة في نفس الوقت ، وذلك من خلال قيامهم بتغيير عدد المرضى الموهومين في المجموعة المرجعية ، إذا لم يكتشف شخص ما عامل الخطر هذا أثناء ذلك عند أغلب الأشخاص الآخرين (إنتشار منخفض) فإنه لن يقدر الخطر بصورة جدية ، إنما إذا إكتشف أن الآخرين يملكون عامل الخطر هذا (إنتشار عالي) فان تقديره للخطر طبيعيا أي أقل تهديدا ، إلا أن التجربة لم تفصل بين درجة الشدة والقابلية للإصابة بصورة مستقلة عن بعضهما .

وكما تخضع درجة الشدة للإدراك المشوه كذلك أيضا فإن القابلية للإصابة غالبا ما تخضع لإدراك مشوه إذا كان على الشخص أن يشير إلى الاحتمال الشخصي لحصول خطر ما عند إعتقاده أنه أقل قابلية للإصابة من الآخرين فإنه يقلل من أهمية الخطر ببساطة ، فإذا كانت فرصة الإصابة بنوع محدد من أنواع السرطان تبلغ 3% فقط، إذا فلماذا سيكون الشخص ذاته ضمن هذه النسبة ؟ ولماذا يتخذ إجراءات وقائية عندما يبدو أن نسبة الخطر ليست عالية ، فالمدخن الذي لا يريد إدراك خطر إصابته بالسرطان عال بنفس درجة المدخنين الآخرين يكون هنا خاضعا لتشوه معرفي وهو النزعة التفاضلية أو التفاضلية اللا واقعية.

(سفارتر رالف، 1994 :ص76-77)

وأخيرا نقول أن التفاضلية الغير واقعية لها تأثير غير مباشر على تبني سلوكيات الخطر ممزوجة بعزو سببي (صحتي لها علاقة بالحظ ، القدر) مع أنه في مقال لكارفر وشاير 1994 Carver et Scheier ردا على مقال لسفارزر Schwarzer أوضحنا أنه لا يوجد أي بحث أثبت العلاقة بين التفاضلية غير الواقعية (الدفاعية) ومشاكل صحية حقيقية (الأبحاث الموجودة أوضحت وجود علاقة عكسية).

(Marilou Bruchon.Schweitzer.2002:p229)

2-4 تعديل السلوك الخطر أو غير الصحي:

يعرف " كازدين " تعديل السلوك على أنه الميدان الذي استمد أصوله من بحوث التعلم وقوانينه وهو في جوهره تعديل للظروف البيئية والاجتماعية وإعادة تنظيمها.

(أبو اسعد احمد ، 2011: ص30)

وهو عملية تتضمن الإستمرار في السلوك المرغوب فيه، وتحويل السلوك غير المرغوب فيه إلى سلوك مرغوب فيه.

(الروسان فاروق، 2000: ص51)

وهي عملية تحسين أو تعديل لعدة سلوكيات غير صحية كنتيجة لتدخل خارجي سواء كان تنقيفاً أو غيره ،فمن السهل تشخيص ووصف وتناول الدواء لكن من الصعب تغيير سلوك شخص ما أدمن على التدخين أو المخدرات أو قلة النشاط الحركي، وهنا يتجلى الدور الفعال للتنقيف الصحي لمساعدة مثل هؤلاء الأشخاص للتعرف على مشاكلهم الصحية وحلها وممارسة قدر كبير من السيطرة عليها ، وذلك بتمكينهم من إكتساب المهارات اللازمة لإتخاذ القرار المناسب بشأن صحتهم ، وبهذا فقد أثبتت عدة دراسات أن عملية تغيير السلوك الصحي تقلل من حدوث الأمراض وحدوث المضاعفات الناتجة عن الأمراض.

فقد توصلت عدة دراسات أن نمط حياة الإنسان يرتبط ارتباطاً وثيقاً بحدوث المرض والوفاة كما بينت أيضاً أن الوفيات المبكرة تعود في المقام الأول إلى: حوادث السيارات ثانياً: أمراض القلب، ثالثاً: حوادث أخرى (منزلية ، رياضية) ورابعاً: الأمراض التنفسية وسرطان الرئة، وهذه كلها يمكن تجنبها بتغيير سلوك المجتمع عن طريق التنقيف الصحي، فعلى سبيل المثال يمكننا التقليل من حالات سرطان الرئة عن طريق زيادة التوعية بأضرار التدخين.

(المسعد سارة ، 15 ديسمبر 2005)

حيث يعتبر التدخين أكبر مشكل (Windle and Windle 1999) والذي هو السبب الأول للوفيات في و م أ (مركز المراقبة والوقاية من الأمراض - CDC - 1994) كما يعتبر السبب الأول في الإصابة بالعديد من الأمراض مثل الأمراض القلبية ، وأمراض الرئة الإنسدادية وأيضا العديد من أنواع السرطان (CDC - 1994 . 2002) وفي الوقت الحالي التدخين مسؤول عن 31 % من مجمل أنواع السرطان المؤدية للوفاة (الجمعية الأمريكية للسرطان ACS 2006) كما يعتبر سلوك خطر لتطور العديد من هذه الأمراض .

(Michael J. Zvolensky and Jasper A. J. Smits 2008)

أما بالنسبة لداء السكري فان تثقيف المصاب به بكيفية التحكم في معدل السكر في الدم وكيفية التعامل مع أمراض الإرتفاع والإنخفاض فإننا نضمن أن يعيش حياة طبيعية وأن يتجنب المضاعفات مستقبلا من الفشل الكلوي و بتر الأطراف مما يكلف الدولة تكاليف إضافية لعلاجه ويرهق طاقة المستشفيات، وكما هو الحال مع مريض الربو فمع تثقيفه بمرضه وكيفية التعامل معه والبعد عن المثبرات فإننا بذلك نقلل من عدد مرات ذهابه إلى الطوارئ عندما تفاجئه أزمة الربو التي قد ينجو منها وقد يفقد حياته أثناء ذهابه إلى المستشفى بسبب عدم علمه بكيفية معالجة نفسه ، ولهذا فالتثقيف الصحي أثر فعال في زيادة وعي المجتمع بأهم المشكلات الصحية مما يساعد على الوقاية منها والتحكم أكثر فيها.

2-5 أنماط السلوك الصحي المعتمد عليها في هذه الدراسة:

لقد تطرقنا سابقا إلى أن السلوك الصحي ينقسم إلى أنماط سلوكية ايجابية معززة للصحة وأنماط سلوكية سلبية ضارة بالصحة ، ومن أمثلة الأنماط السلوكية الايجابية و المعززة للصحة ممارسة النشاط الرياضي عموما والتمارين الرياضية بانتظام خصوصا وسلوكيات التغذية السليمة

وهذه هي الأنماط التي تم الاعتماد عليها في هذه الدراسة وقد تم اختيارها عن طريق استبيان أساسي تم توزيعه على طلبة السنة الثالثة متوسط بمتوسطة سيود علي ومتوسطة احمد بن كرامة بعين التوتة ولاية باتنة واستبيان تم توزيعه على مجموعة من الأساتذة وأطباء الصحة المدرسية وسنعرض فيما يلي هذه الأنماط وعلاقتها بالصحة والمرض:

أولاً: السلوك الغذائي:

إن الاهتمام بصحة الفرد وتغذيته ورعايته من أهم الركائز التي تقوم عليها التنمية البشرية الشاملة ، وقد أقرت الهيآت الدولية ومنظمة الصحة العالمية عدة أهداف على المستوى الغذائي منها نشر المعلومات الصحيحة من اجل مكافحة مشاكل سوء التغذية ، وتشجيع النظم الغذائية السليمة وأنماط الحياة الصحية والوقاية من الأمراض المزمنة .

و للتربية الغذائية أو الثقافة الغذائية دور هام في استفادة الفرد من غذائه و في اختيار نوع وكم الغذاء المتناول وفقاً للاحتياجات اليومية الضرورية للجسم وللمتغيرات التي ترافق مراحل النمو كالمراهقة و الشيخوخة ، والحالة الصحية ، وطبيعة العمل أو النشاط الذي يؤديه .

والغذاء عنصر أساسي للصحة اليومية فالغذاء اليومي المتوازن يعطي الجسم الطاقة اللازمة للقيام بالأعمال الرئيسية الضرورية، كذلك يساعد على النمو ويعمل على المحافظة على حرارة الجسم بشكل ثابت، ويساعد على وقاية الجسم من الأمراض. لذلك على الفرد التدرب على تناول غذاء كامل، متوازن ومثالي يحتوي على جميع العناصر الغذائية الرئيسية اللازمة للجسم.

(بدح احمد و مزاهرة أيمن و بدران زين، 2009: ص181)

ولكن الأضرار التي تصيب أجسامنا أو أبداننا، تحدث بسبب سوء النظام الغذائي، من حيث حدوث نقص في بعض المعادن والأطعمة، أو زيادة حادة في بعض المعادن والأطعمة الأخرى، الأمر الذي يترتب عليه إما السمنة أو النحافة المفرطة، أو فقر الدم إلى المعادن، أو الإصابة

ببعض الأمراض كالسكري، وزيادة الكوليسترول، والجلطات، وتصلب الشرايين، وغيرها من أمراض الممارسات الغذائية الخاطئة. والحل يكمن في إتباع نظام غذائي سليم، يوضع بما يتسق وكل مرحلة عمرية، وكم النشاط البدني أو العقلي أو كليهما، الذي ينهض به الفرد لأداء عمله وواجبات مهنته.

(الدق أميرة ، 2011: ص 69-70)

وتعتبر التغذية السليمة والمتوازنة للتلاميذ أولوية صحية وتعليمية، وذلك لتأثيرها علي النمو الجسماني والعقلاني، ولتأثيرها المباشر علي التحصيل الدراسي للتلاميذ؛ حيث أثبتت الدراسات أن نقص التغذية يؤثر سلبا على قدرة التلاميذ علي الاستيعاب والانتباه والتعلم، كما يقلل من دافعيتهم نحو التعلم. فموضوع التغذية من أهم موضوعات التربية الصحية لطلبة المدارس لعلاقتها الوثيقة بالنمو والوقاية من الأمراض، حيث تؤدي التغذية غير السليمة إلى تعرض الجسم إلى أمراض سوء التغذية. ولذلك فمن المهم تعريف التلاميذ بأهمية التغذية الجيدة، وأنواع المواد الغذائية وأهميتها للجسم وكذلك مواصفات الغذاء السليم والأمراض التي تنتج عن سوء التغذية.

(شكر فايز واسعد أمان وعبد الحليم أبو القاسم ، 1999: ص 29)

وحسب غريفيث (1972) Griffiths ، "التربية الصحية محاولات لسد الفجوة بين ما هو معروف عن أفضل الممارسات الصحية وبين ما يمارس بالفعل."

(Glanz, K. Barbara , K. R. Viswanath, K.2008:p10)

وهذا من أهم أهداف البرنامج في هذه الدراسة.

ثانيا: ممارسة التمرينات الرياضية والنشاط الرياضي:

من الثابت علمياً في وقتنا الحاضر أن الممارسة المنتظمة للنشاط البدني المعتدل الشدة (على

الأقل) وارتفاع اللياقة البدنية للفرد تحملان في طبيتهما تأثيرات إيجابية جمة على وظائف الجسم

المختلفة، وتعودان بفوائد صحية كثيرة على الإنسان .وعلى العكس من ذلك فإن الخمول البدني والركون للراحة يقودان إلى جملة من الآثار السلبية على صحة الفرد والمجتمع على السواء .
وتساهم ممارسة الأنشطة الرياضية المختلفة في تنمية اللياقة البدنية العامة وتحسين الصحة بشكل عام ، وتساعد ممارسة تلك الأنشطة في تحسين وظائف أجهزة الجسم المختلفة مثل " : الجهاز الدوري - التنفسي - العضلي - الهضمي - العصبي " ، كذلك تساعد ممارسة الأنشطة الرياضية علي أتران الجسم واعتدال القوام والتخلص من بعض المشكلات المؤثرة في الصحة مثل : زيادة الوزن أو نقص الوزن حيث إنها تحسن من عمليات الهضم والامتصاص ، وبالتالي تحسن من عمليات التمثيل الغذائي في خلايا الجسم ، كل ذلك يؤدي إلي الارتقاء بالحالة الصحية العامة وهذا بدوره يحسن من مستوى الصحة البدنية.

(كامل خالد، د.ت: ص 10)

كما أن الأفراد الذين يمارسون التمرينات الرياضية بانتظام تكون معدلات إصابتهم بالأمراض السرطانية اقل من غيرهم ممن لا يمارسون التمرينات الرياضية ،ويقل خطر الإصابة بأمراض القلب بزيادة التمرينات الرياضية وتعمل كذلك على بناء عظام قوية في السن المبكرة وحماية الفرد من الإصابة بهشاشة العظام لأنها تحافظ على صحة عظامه في مرحلة الرشد.

(الدق أميرة ،2011: ص 60-61)

ولقد صدرت الكثير من التوصيات والوثائق الإرشادية من قبل العديد من المنظمات الصحية والهيئات العلمية المهمة بصحة الإنسان، تؤكد على أهمية النشاط البدني للصحة وتحت على إتباع نمط حياة أكثر نشاطاً وحركة من قبل أفراد المجتمع، وتطالب الحكومات والهيئات الأهلية بسن تشريعات تشجع على ممارسة النشاط البدني .إن من بين أهم هذه الوثائق، على سبيل المثال، ما

صدر من المركز الوطني الأمريكي لمكافحة الأمراض والتحكم فيها (CDC) والكلية الأمريكية للطب الرياضي ، والذي كان نواة للتقرير التاريخي المشهور الصادر عن كبير الأطباء والجراحين في الولايات المتحدة الأمريكية وكذلك ما صدر من وثائق من قبل منظمة الصحة العالمية، التي توجت اهتمامها بهذا الموضوع بإصدارها في عام 2004 إستراتيجيتها الدولية للغذاء والنشاط البدني.

(الهزاع هزاع ، 2004: ص 143)

ولقد أصبح الخمول البدني مرضا مستوطنا في كل بلدان العالم ،حيث يعاني منه حوالي 60% من الأطفال والناشئة ،و71% من الشباب ، و80% من البالغين .وأصبحت ظاهرة قلة النشاط البدني وضعف ممارسة الرياضة سمة العصر ومنهج المدنية في العالم عموما ،حيث تصل نسبة الخمول البدني إلى حوالي 60% من إجمالي سكان العالم وفي الدول العربية على وجه الخصوص.

(الركبان محمد، 2009: ص 69)

وعلى الرغم من أن فوائد النشاط البدني وتأثيراته الايجابية على الصحة لم تكن وليدة يومنا هذا، إلا أن العقدين الماضيين شهدا العديد من الدراسات العلمية والملاحظات التجريبية التي أكدت نتائجها قوة العلاقة بين النشاط البدني والصحة. لقد تم ذلك بطريقة غير مباشرة من خلال دراسة الآثار السلبية المترتبة على الخمول البدني وكذلك بناءً على نتائج الدراسات الوبائية التي أجريت على عدد كبير من الناس، وأكدت على وجود العلاقة بين الخمول البدني والإصابة بالعديد من أمراض العصر، وبينت الدور الوقائي والعلاجي الذي تسهم به ممارسة النشاط البدني في مجابهة العديد من الأمراض المزمنة.

ولقد أعلنت رابطة القلب الأمريكية عام 1992 من أن عدم ممارسة النشاط الرياضي هو احد عوامل الخطر الأساسية في الإصابة بأمراض البدانة. (شانه في ذلك شان التدخين وضغط الدم المرتفع و المعدل للكولسترول في الدم) ، وفي عام 1994 اجتمع المؤتمر الدولي للنشاط الرياضي في الدليل الذي أصدره للمراهقين على التوصية بان يكون المراهقون ممارسين للنشاط الرياضي بشكل يومي ، وان يقوموا بثلاث جلسات أسبوعيا، مدة كل جلسة عشرين دقيقة ، يمارسون خلالها الأنشطة الرياضية ، بدءا من النشاط الرياضي المتوسط وحتى النشاط العنيف. ويوصى جماعة أخرى من العلماء بان يمارس الشباب النشاط الرياضي يوميا لمدة ستين دقيقة على الأقل لمحاولة السيطرة على انتشار البدانة .

(الدق أميرة ، 2011: ص 62)

رابعا: دراسات حول سلوكيات الخطر لدى المراهقين:

تعد مرحلة المراهقة من أهم مراحل حياة الإنسان، فمن خلالها يمكن تحديد الخصائص الاجتماعية والنفسية والصحية للإنسان، حيث تلعب المعتقدات والمؤثرات التي يتعرض لها المراهق دورا كبيرا في تحديد مسار حياته فيما بعد. لذا يحتاج المراهق في هذه المرحلة إلى عناية خاصة في جميع المجالات الاجتماعية، علمية، سلوكية وخاصة صحية مثل التركيز على المشكلات الصحية والسلوكيات الغير صحية وأسباب المرض والوفيات من اجل وضع برامج وقائية وعلاجية لتفادي أي خلل صحي.

وقد توصلت مراكز الوقاية من المرض والتحكم فيه (CDC) الموجودة في الولايات المتحدة إلى أن معظم المشكلات والقضايا الصحية تنشأ من ستة سلوكيات تؤدي إلى الأضرار بالصحة سواء بقصد أو بدون قصد وهي : التدخين وتعاطي الكحول ، سوء استخدام العقاقير،

السلوك الجنسي الذي يؤدي إلى انتقال الأمراض الجنسية ، سوء التغذية ، إهمال التمرينات الرياضية.

(Kolbe, L.J. 1993: pp.12-13)

إن النظم الغذائية غير الصحية وقلة النشاط البدني عاملا اختطار رئيسيان للأمراض غير السارية الرئيسية مثل الأمراض القلبية الوعائية والسرطان والسكري. ومنظمة الصحة العالمية إدراكاً منها لفرصة الحد من الوفيات والأمراض في جميع أنحاء العالم من خلال تحسين النظم الغذائية وزيادة مستويات النشاط البدني قد اعتمدت الإستراتيجية العالمية لمنظمة الصحة العالمية بشأن النظام الغذائي والنشاط البدني والصحة، في ماي من عام 2004.

هذه الإستراتيجية تقدم توصيات بشأن تعزيز النظم الغذائية الصحية وممارسة النشاط البدني بانتظام، للوقاية من الأمراض غير السارية. وقد أقرت جمعية الصحة العالمية في عام 2013 خطة العمل العالمية الخاصة بالأمراض غير السارية للفترة 2013-2020، والتي تتضمن مجموعة من الإجراءات لتعزيز النظم الغذائية الصحية والنشاط البدني، ولتحقيق الأهداف العالمية الطوعية التسعة المتعلقة بالأمراض غير السارية؛ بما في ذلك تلك المتعلقة بالنظام الغذائي والنشاط البدني، لتحقيقها بحلول عام 2025 .

(منظمة الصحة العالمية، د.ت)

وفي دراسة قام بها الهزاع وهي استنتاج لمجموعة دراسات قام بها الباحث في السنوات 2000، 2001، 2004) في المملكة العربية السعودية وكان الهدف منها التعرف على مدى انتشار الخمول البدني لدى جميع فئات المجتمع، حيث أجريت الدراسة على عينة من الذكور في مدينة الرياض وكانت النتائج كالتالي: تراوحت نسبة الخمول البدني في متوسطها من حوالي 60 % لدى

الأطفال والناشئة، إلى 71 % لدى الشباب من 18 - 24 لترتفع إلى أكثر من 80% لدى الذكور البالغين من 20 - 65.

(الهزاع هزاع ، 2004)

ومن المعروف أن مواجهته تلك القضايا والمشكلات الصحية لا يمكن أن تتم عن طريق توفير الرعاية الصحية فقط ، بل لابد أن تدعم هذه الرعاية بتربية صحية تساعد الفرد على مواجهته هذه المشكلات وتوعيته وتنقيفه لأخذ الإجراءات الوقائية الواجب إتباعها لمنع أو الحد من هذه الأمراض أو المشكلات الصحية.

والمدارس هي أوساط إستراتيجية لإنكاء الوعي حول المخاطر الصحية لأنها تمثل أوساطا رئيسية لتعزيز صحة الأطفال ،بل هي نقاط إستراتيجية لزيادة الثقافة الصحية حول النظم الغذائية والأنشطة البدنية .والاستثمار في تغيير السلوك عن طريق المعارف والمهارات وحدها لا يكفي لتحقيق التغيرات المنشودة المضمونة الاستمرار وعلى الحكومات أن تشجع المدارس على إيجاد البيئات التي تؤدي تلقائيا إلى اعتماد الاختيارات الصحية.وان تضمن تشجيع الناشئة على تناول الأطعمة الصحية ،وممارسة الأنشطة البدنية في المدرسة وذلك من خلال إتاحة الخدمات اللازمة لتوفير الأغذية الصحية والمرافق الرياضية.

(منظمة الصحة العالمية ، 2010: ص 5)

وقد هدفت دراسة كارين براون **Karen Brown** إلى تحديد الحاجات الأساسية للتطور الغذائي الفعال للأطفال، وأهمية دراسة العادات الغذائية والسلوكية في فترة المراهقة، وكذلك إلى دراسة التفاعل بين الأطفال في فترة المراهقة من حيث الأفضلية الغذائية لهم والوعي الغذائي في سلوكياتهم، داخل البيئات الثلاث (البيت والمدرسة والمجتمع).وتوصل الباحث إلى ضرورة النظر إلى دور كل من البيت والمدرسة والتفاعل الاجتماعي ، ووضع مبادئ للتطور الغذائي خلال فترة

المرافقة التي يمر بها الطفل . حيث لاحظ الباحث أن التنور الغذائي الفعال انعكس علي الأفضلية الغذائية المرتبطة بالبيئات الثلاث، غالبًا ما يكون غذائهم من " الوجبات السريعة" وبالتالي فإن العادات الغذائية لكثير من الأطفال الفقراء لوحظت وجباتهم متوازنة من الناحية الغذائية .في حين أن الأطفال يدركون صحة الأكل أيضا سلوكهم من الناحية الأفضلية الغذائية غالبا ما ينعكس داخل المدرسة والبيئة الاجتماعية بشكل خاص.

(أبو حليلة جهاد ، د.ت: ص 74)

وفي الولايات المتحدة الأمريكية وبمدينة نيويورك تلتزم إدارة التعليم مثلا بتوفير بيئة مدرسية تنمي وتحمي صحة الأطفال ورفاهيتهم وقدرتهم على التعلم من خلال دعمها للتغذية الصحية والنشاط البدني .لذلك تقوم بما يلي:

- دعم كل المدارس لتوفير فرص النشاط البدني لجميع الطلاب وتشجيعهم على ممارسة النشاط البدني بشكل منتظم.
- ضمان بأن المأكولات والمشروبات المقدمة أو المباعة في المدارس تتوافق مع توصيات التغذية المذكورة في تعليمات التغذية الصحية للأمريكيين. (U.S. Dietary Guidelines for Americans)
- ضمان أن تتيح الوجبات المدرسية للطلاب فرصة الحصول على تشكيلة متنوعة من الوجبات الشهية والمغذية ومقبولة السعر والتي تتوافق مع احتياجاتهم الصحية والغذائية.
- المشاركة في برامج الوجبات المدرسية الفيدرالية المتوفرة بما في ذلك برنامج الإفطار المدرسي، والبرنامج القومي للغذاء المدرسي، (يشمل الوجبات الخفيفة بعد المدرسة)، وخدمات برنامج الغذاء الصيفي، وبرنامج الوجبات الخفيفة من الفاكهة والخضروات، وبرنامج الرعاية الغذائية للأطفال والبالغين (يشمل وجبات العشاء).

- توفير توعية بالتغذية الصحية والتربية البدنية لتنمية عادات أكل صحية ونشاط بدني طوال الحياة

- إيجاد روابط بين التغذية الصحية وبرامج الوجبات المدرسية، ووكالات خدمة المجتمع الأخرى المعنية.

(سياسات المحافظة على الصحة الخاصة بالنشاط البدني والتغذية لإدارة التعليم لمدينة نيويورك،
(2010)

ولان المراهقة مرحلة انتقالية حرجة من مراحل الحياة، تربط بين مرحلة الطفولة والبلوغ ، وتتميز بالنمو السريع والتطور الجسماني والنفسي والاجتماعي الكبير، ومرحلة من الانطلاق قد يصعب السيطرة على سرعة انطلاقها وطموحها وحماسها، وتهورها أحيانا ، ولان المراهق عادة اقل إصابة بالمرض من الصغار وكبار السن ، وربما أكثر تأثرا بالتحولات الحضارية والتمدن ووسائل الإعلام فان مشكلاتهم الصحية بالجملة لا تنال نصيبها من الاهتمام العلمي والعملية في العالم اجمع وفي المجتمعات العربية على وجه الخصوص.

(الركبان محمد، 2009: ص 69)

وتتميز مرحلة المراهقة بتغيراتها الفيزيولوجية و الجسدية المؤثرة على الحاجات الغذائية اليومية، لذلك يحتاج المراهق إلى نظام غذائي صحي ومتوازن يقدم إليه الغذاء اللازم لنموه ويحفظ سلامة صحته. فهناك رابط إيجابي بين مقدار النمو الجسدي و احتياجات المغذيات والطاقة خلال هذه الفترة بالمقارنة مع سنوات الطفولة. فالمراهقة هي الوقت الرئيسي في تحديد سلوكيات الأكل الصحي لتأمين الوقاية من الوزن الزائد والأمراض المزمنة، كمرض السكري، الضغط، أمراض القلب و الشرايين، فقر الدم أو هشاشة العظام.

وتعتبر فترة المراهقة من أهم وأصعب المراحل العمرية التي يمر بها الإنسان، إذ تعرف بمجموعة من التغيرات الجسمية، الجنسية، العقلية والانفعالية. خلال هذه المرحلة يتطور السلوك الغذائي والنمط المعيشي للمراهق، نتيجة سلسلة التغيرات الناجمة عن رغبته في الاستقلالية واثبات ذاته أمام أهله وأقرانه.

وقد هدفت دراسة الراسبي 2007 إلى التعرف على واقع التغذية المدرسية والوعي الغذائي لدى طلاب التعليم العام للصفوف (7-12) ومعرفة علاقة متغيرات (المنطقة والجنس) كل على حدا بتقديرات أفراد عينة الدراسة لواقع التغذية المدرسية والوعي الغذائي لدى طلاب التعليم العام للصفوف (7-12) وكشفت الدراسة عن وجود بعض الاتجاهات الإيجابية لدى الطلاب حول أهمية السلوكيات الغذائية التالية:

- ضرورة تناول وجبة الإفطار 93 %
- تنويع الأطعمة بالمنزل 87%
- تنويع الأطعمة في الجمعيات التعاونية 75%
- إتباع نظام غذائي متوازن للوقاية من فقر الدم 84%
- أهمية قياس الوزن والطول 72%
- استخدام الملح المدعم باليود 71%
- استخدام الطحين المدعم بالحديد 66%
- الأثر السلبي للإكثار من تناول الوجبات السريعة على الصحة 65%

(الراسبي خميس ، 2007)

وأجرى أيضا الركبان 2003 دراسة تهدف إلى وصف السلوكيات الغذائية للمراهقين في مدينة الرياض، ودراسة العوامل المختلفة المؤثرة فيها. كما هدفت الدراسة إلى تقييم معلومات

المراهقين عن التغذية وعلاقة تلك المعرفة بسلوكهم الغذائي. وكانت الدراسة مسحية مقطعية شملت المراهقين في مدينة الرياض من السعوديين وغير السعوديين. وتم اختيار العينة بطريقة طبقية عشوائية. وشملت العينة المختارة مشاركة 1023 مراهقا من سكان الرياض. وقام أفراد العينة بتعبئة استبانته صممت لتحقيق أهداف الدراسة. والتي احتوت على معلومات عن الخواص السكانية والسلوكيات الغذائية ومعلوماتهم عن التغذية، وتبين من الدراسة أن 49.7% فقط منهم يتناولون الإفطار يوميا في المنزل، وان 32.8% يتناولون المشروبات الغازية بصورة يومية، وان 20.4% و 27.2% منهم نادرا ما يتناولون الحليب والخضروات أو الفواكه على التوالي. كما أتضح وجود علاقة عكسية بين العمر وكل من تناول الإفطار يوميا في المنزل وتناول الحليب ومشتقاته وتناول الخضروات والفواكه وان هناك علاقة طردية بين العمر وتناول المشروبات الغازية والوجبات السريعة. كما وجد أن السعوديين أكثر شربا للمشروبات الغازية من غير السعوديين وان غير السعوديين أكثر تناولوا للخضروات والفواكه من السعوديين وكذلك توجد علاقة طردية بين وجود الأمراض المزمنة وبعض السلوكيات غير الصحية، ككثرة شرب المشروبات الغازية وتناول الوجبات السريعة وقلة شرب الحليب ومشتقاته وتناول الخضروات والفواكه كما أن المدخنين أقل حرصا على تناول الإفطار الصباحي وتناول الحليب والخضروات والفواكه من غير المدخنين، وكل ذلك بدلالة إحصائية ذات فروق معنوية

ووجدت كذلك علاقة طردية بين صحة المعلومات الغذائية والممارسات الغذائية المختلفة . وأن كثيرا من المراهقين يعتمدون على وسائل الإعلام العامة (التلفاز والراديو والصحف والمجلات) في معلوماتهم الغذائية. وتوصلت النتائج إلى أن السلوك الغذائي للمراهقين في السعودية يحتاج إلى مزيد من العناية والاهتمام. حيث يظهر انتشار السلوك الغذائي غير الصحي بينهم. كما اتضح أن لتقدم العمر ولتدخين ولضعف المعلومة الغذائية أثرا في ذلك. ومن هنا فإننا نحتاج إلى ترشيد وسائل

الأعلام لخدمة التوعية الغذائية للمجتمع من خلال البرامج الإرشادية والعناية بالإعلانات التجارية وبرامج الأطفال والشباب، مع أهمية التركيز على تفعيل دور الأسرة والمدرسة.

(الركبان محمد ، 2004)

وهدفت دراسة الحاجة إلى التعرف على اتجاهات بعض طالبات جامعة البحرين نحو النشاط البدني .وأجريت الدراسة على عينة مكونة من 300 طالبة متوسط أعمارهن 7-19 سنة بانحراف معياري قدره 0.7 سنة .وقسمت العينة إلى ثلاث مجموعات متساوية تمثل كليات :الآداب حيث الدراسة النظرية ، وكلية العلوم حيث الدراسة النظرية العملية، وكلية التربية نظام معلم الفصل كعينة تمثل طالبات الدراسة النظرية اللاتي درسن مقررات جامعية للتربية الرياضية في كلية التربية. استخدمت الدراسة مقياس كنيون Kenyon للاتجاهات نحو النشاط البدني وأجريت مقارنات بين استجابات المجموعات البحثية الثلاث على أبعاد المقياس .توصلت النتائج إلى وجود اتجاهات إيجابية لدى عينة الدراسة ككل نحو النشاط البدني كخبرة للصحة واللياقة- لخفض التوتر - كخبرة جمالية -للتفوق الرياضي - كخبرة اجتماعية، وأخيراً كخبرة توتر ومخاطرة.

لم تظهر النتائج وجود فروق معنوية بين اتجاهات مجموعتي طالبات : الدراسة النظرية والدراسة النظرية العملية، بينما كانت هناك فروق معنوية بين اتجاهات هاتين المجموعتين واتجاهات المجموعة الثالثة أي طالبات الدراسة النظرية اللاتي درسن مقررات في قسم التربية الرياضية لصالح المجموعة الأخيرة.

(الخاجة هدى ، 2001)

وفي دراسة قام بها الركبان 2005 هدفت إلى استقصاء طبيعة النشاط البدني لدى طلاب المدارس المتوسطة والثانوية السعوديين، وتقييم مستوى نشاطهم، وعلاقة النشاط البدني بالسمنة في هذه الفئة العمرية.أجريت الدراسة بطريقة مسحية مقطعية بين طلاب المدارس المتوسطة والثانوية

في مدينة الرياض، حيث تم اختيار العينة بطريقة عشوائية متعددة المراحل .وطلب من الطلاب تعبئة استبانته تحتوي على المعلومات الشخصية وطبيعة النشاط البدني لديهم، وتم قياس الطول والوزن لكل منهم، مع حساب مؤشر كتلة الجسم (BMI).اعتبرت زيادة الوزن عند من وقعت كتلة الجسم لديهم بين (85-95) %من منحنى النمو. والبدناء من تجاوزوا 95 % من منحنى النمو .وشارك 885 طالبا من طلاب المرحلتين المتوسطة والثانوية في الدراسة .تراوحت أعمارهم بين (12-20) سنة تبين أن 96.5 % منهم يمارسون الرياضة بدرجات مختلفة، حيث يمثل الرياضيون 26.4% بينما بلغ عدد الذين لا يقومون بأنشطة بدنية منتظمة 37.1% .كانت رياضة كرة القدم أكثر الرياضات انتشارا ب 77.9% وتبين أن ممارسة الرياضة في الاستراحات والمنزهات أكثر الأماكن المحببة للطلاب ب 44.2 % .ووجد أن هناك علاقة طردية بين مدة الرياضة وعدد مراتها في الأسبوع . فكلما ازداد العدد زادت المدة والعكس بالعكس .ويقل النشاط البدني عددا ومدة مع تقدم العمر والمرحلة الدراسية .ووجد أن المدخنين يمارسون النشاط البدني بمرات أقل من غير المدخنين، وأن أصحاب الأمراض المزمنة يمارسون النشاط البدني بمدة أقل من الأصحاء .وتوصلت الدراسة أن النشاط الحركي المنتظم لدى طلاب المدارس السعوديين دون المأمول، خاصة مع تقدم أعمارهم، مما أدى إلى ارتفاع نسبة زيادة الوزن والسمنة بينهم .ولذا يقترح تبني برامج توعية بأهمية النشاط البدني في المدارس وخطورة الإهمال فيه، وتهيئة الأماكن المناسبة لممارسة النشاطات البدنية المحبب لهم.

(الركبان محمد، 2005)

وأشارت دراسة أخرى نشرت في جريدة Health Day News إلى أن المراهقين الذين يتناولون وجبة غذائية قليلة الألياف هم معرضون إلى زيادة في خطر الإصابة بأمراض القلب ومرض السكري حيث قام مجموعة من الباحثين بدراسة 559 مرافقا تراوحت أعمارهم بين 14 و 18 سنة في أوغوستا، جورجيا بالولايات المتحدة الأمريكية. فوجدوا أن هؤلاء المراهقين قد

استهلكوا في المتوسط نحو ثلث الحصة اليومية الموصى بها من الألياف. فقط حوالي 1٪ من المراهقين حققوا المدخول الموصى به يومياً من الألياف وهو 28 غ بالنسبة للإناث، و 38 غ بالنسبة للذكور. قال باحثون من جامعة جورجيا للعلوم الصحية أن المراهقين الذين لم يتناولوا ما يكفي من الألياف كانوا أكثر ميلاً لأن يكون لديهم بطون أكبر ومستويات أعلى من العوامل الالتهابية في الدم. هذا وتعد هاتان الحالتان من عوامل الخطر الرئيسية للإصابة بأمراض القلب ومرض السكري. في حين توصلت هذه الدراسة إلى وجود ارتباط بين الوجبات الغذائية منخفضة الألياف ووجود عوامل الخطر هذه عند المراهقين، كما وجدت هذه الدراسة، أن النظام الغذائي منخفض الألياف كان مرتبطاً مع مستويات أعلى من الدهون في الجسم عموماً عند الإناث، وليس عند الذكور. ويقول الدكتور نورمان بولوك، وهو عالم بيولوجي في أمراض العظام، في بيان صحفي للجامعة: "الرسالة التي نريد إيصالها ببساطة هي أن المراهقين هم في حاجة لتناول المزيد من الفواكه والخضار والحبوب الكاملة. ونحن بحاجة لدفع توصيات من أجل زيادة كمية الألياف المتناولة". ووفقاً للأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال، فإن الأطعمة الغنية بالألياف تتضمن الحبوب والبقوليات والبذور وبعض الفواكه والخضار (عندما لا تكون مطبوخة بدرجة شديدة).

ويقول الباحثون إن الفهم الأفضل لهذه الارتباطات والمخاطر الناجمة عن النظام الغذائي وعدم ممارسة الرياضة والسمنة في الأطفال والمراهقين، له أهمية خاصة في وقت عندما يكون فيه حوالي ثلث الشباب في الولايات المتحدة يعانون من زيادة الوزن أو السمنة. ومع ذلك، فقد لاحظ الباحثون أن تشجيع المراهقين على تناول المزيد من الألياف يمكنه أن يكون أمراً صعباً بسبب أن لديهم ميلاً نحو تفضيل الأغذية المصنعة، وبسبب الآثار الجانبية الناجمة عن تناول المزيد من الألياف ومنها الغازات المعوية والشعور بالانتفاخ والإسهال.

(Robert Preidt, Jun 5, 2012)

وهدفت دراسة أخرى إلى تقييم مستوى الفعاليات البدنية اليومية للمراهقين وعلاقتها بالبدانة في المدارس الثانوية في مدينة النجف. وهي دراسة وصفية أجريت في المدارس الثانوية للمدينة خلال السنة الدراسية 2011-2012. اختيرت عينة عشوائية احتمالية متعددة المراحل شملت 1350 طالبا. جمعت البيانات باستخدام استبانة مصممة ومكونة من ثلاثة أجزاء هي:

- نموذج البيانات الاجتماعية والاقتصادية و يحوي 14 فقرة.
- مؤشر مقياس الفعاليات البدنية اليومية الذي يتألف من 10 فقرات.
- القياسات البدنية وتشمل الوزن والطول.

أظهرت نتائج الدراسة أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين الفعاليات البدنية اليومية للمشاركين في الدراسة وبين الحالة الاجتماعية للأبوين بينما لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الفعاليات البدنية اليومية وغيرها من المتغيرات. و أظهرت النتائج أيضا عدم وجود علاقة بين الفعاليات البدنية اليومية و القياسات الجسمانية. واستنتجت الدراسة أن غالبية المراهقين في المدارس الثانوية لديهم مشاكل في الفعاليات البدنية اليومية. في الأخير أوصت الدراسة بإعطاء الفرص للطلاب للمشاركة في المنظمات الطلابية والمؤتمرات والفعاليات البدنية المدرسية لتعزيز مستوى النشاط البدني وتنفيذ البرامج التعليمية للمدرسين في المدارس الثانوية حول كيفية خفض البدانة بين طلابها. وينبغي عمل منهج صحي منظم موجه لوسائل الإعلام من قبل وزارة التربية والتعليم لزيادة المعرفة والوعي الصحي لكافة طلاب المدارس حول البدانة ومشاكلها الصحية على المراهقين وأثارها على النشاط البدني.

(Eqbal Ghanim Ma'ala ,2013 et Mohammed Baqer Hassan)

وهدفت دراسة عبد الرحمن عبيد مصيقر إلى التعرف على بعض العادات الصحية عند طالبات المرحلة الإعدادية والثانوية (12 إلى 19 سنة) في ثلاث دول خليجية وهي الإمارات العربية المتحدة والمنطقة الشرقية للعربية السعودية وسلطنة عمان. وقد شملت الدراسة 576 و 373 طالبة من هذه الدول على التوالي. وتمت الدراسة عن طريق توزيع استبيان خاص على العينة التي اختيرت بطريقة عشوائية طبقية متعددة وطلب منهن ملؤها بعد توضيح فقراته لهن. وأوضحت الدراسة أن هناك تقريبا في بعض العادات الصحية بين الطالبات في هذه الدول. وأشارت النتائج إلى ما يلي:

- متوسط عدد ساعات مشاهدة التلفزيون في اليوم من ساعة إلى ثلاث ساعات.
 - 71 % من الطالبات في الإمارات و 75 % من الطالبات في عمان حرصن على أنهن يمارسن الرياضة في المدرسة.
 - 20 % من الطالبات في الإمارات و 26 % من الطالبات في السعودية و 51 % من الطالبات في عمان يتناولن الإفطار يوميا.
 - نسبة الإصابة بفقر الدم تراوحت بين 9 % في سلطنة عمان و 18 % في كل من الإمارات والسعودية.
 - نسبة الإصابة بالسمنة تراوحت بين 7 % إلى 11 % أما النحافة فقد كانت النسبة أعلى وتراوحت بين 15 % إلى 20 %.
 - نسبة السكري تراوحت بين 2 % إلى 3 %.
- وأوصت الدراسة بضرورة وضع هذه المشاكل في الاعتبار في برامج الصحة المدرسية.

(مصيقر عبد الرحمن، 2001)

وهدفت دراسة أسماء محمد الجبير إلى استكشاف العوامل المؤثرة في استهلاك المشروبات الغازية لدى المراهقين السعوديين من عمر 13 إلى 15 سنة في مدينة الرياض وتقييم العلاقة بين هذه العوامل مع العمر والجنس. تم توزيع 1200 استبيان على طلاب وطالبات المرحلة المتوسطة في 18 مدرسة تمثل جميع المناطق التعليمية الخمس في مدينة الرياض. احتوى الاستبيان على أسئلة محددة متعلقة بعدد مرات استهلاك المشروبات الغازية واستهلاك الوالدين والأصدقاء لهذه المشروبات وتوفرها في المنزل والطعم المفضل واستهلاك الوجبات السريعة ومشاهدة التلفزيون. أظهرت النتائج أن تفضيل طعم المشروبات الغازية كان أقوى العوامل المؤثرة في زيادة استهلاك المشروبات الغازية، حيث اتضح أن المراهقين السعوديين الذين يفضلون طعم المشروبات الغازية بشدة معرضون لاستهلاكها سبع مرات أو أكثر في الأسبوع أكثر من الذين هم أقل تفضيلاً لها في الطعم. كما أن المراهقين الذين يستهلكون الوجبات السريعة أكثر من مرة في الأسبوع أو يشاهدون التلفزيون أكثر من ثلاث ساعات ونصف في اليوم معرضون لزيادة استهلاك المشروبات الغازية بمقدار 1.75 و 1.7 مرة على التوالي أكثر من الذين يستهلكون الوجبات السريعة بكميات أقل أو يشاهدون التلفزيون لمدة أقل .

(Asma. Al-Jobair , 2009)

أما بالنسبة للمجتمع الجزائري فالوضع لا يكاد يختلف فقد هدفت دراسة بن يوسف وصرراوي 2008 إلى استقصاء طبيعة و مستوى النشاط البدني لدى تلاميذ المدارس بولاية الجزائر وسط، و كذلك دراسة مدى الاختلاف في طبيعة و مستوى النشاط البدني بين التلاميذ (الإناث والذكور). وهي دراسة وصفية أجريت بطريقة مسحية مقطعية بين تلاميذ ولاية الجزائر في الفترة الممتدة من فيفري إلى ماي 2008 ، و اشترك فيها 450 تلميذ و تلميذة ، تم اختيارهم بطريقة عشوائية طبقية و تم استخدام الاستبانة كأداة لجمع المعلومات، و من أهم نتائج هذه الدراسة :

- أكثر من ثلث تلاميذ المدارس بولاية الجزائر وسط لا يمارسون نشاط بدني كاف للوقاية من الأمراض و تحصيل الفائدة الصحية مع انتشار المشكلة بشكل اكبر وسط الإناث.
- إن طبيعة و مستوي النشاط البدني تحدده عوامل اجتماعية، و سلوكية، و ثقافية، و فسيولوجية لذلك ظهرت الفروقات بين الجنسين واضحة فيما يتعلق بمستوي النشاط البدني و نوع الرياضة المفضلة و الأماكن التي تتم فيها مزاولة الأنشطة البدنية.
- زيادة فرص ممارسة النشاط البدني بالمدرسة في إطار حصص التربية البدنية والرياضية إلى جانب مشاركة الأهل بالمنزل لتحفيز زيادة نشاط أبنائهم يمكن أن يؤثر إيجابا في مستوى النشاط البدني لدى الناشئة و المراهقين.

(بن يوسف حفصاوي و صحرأوي مراد، 2008)

كما هدفت دراسة مقراني وزملائه 2015 الى دراسة اتجاهات الطلبة نحو السلوك الصحي ومحاولة تعديل أنماط هذا السلوك، الأمر الذي يجنب الطلبة الممارسين للنشاط الرياضي والرياضيين العادات الصحية غير الجيدة التي تسهم في الأذى الصحي، وتعرضهم لمشاكل صحية متعددة.وعليه استخدم الباحثون المنهج الوصفي على عينة من طلبة معهد التربية البدنية والرياضية - مستغانم قوامها 100 طالب. واستخدمت الدراسة مقياس الاتجاه نحو السلوك الصحي وبعد جمع البيانات ومعالجتها إحصائيا تم التوصل إلى النتائج التالية:

* اتجاهات ايجابية نحو السلوك الصحي لدى طلبة معهد التربية البدنية والرياضية.

*انخفاض في نسبة الطلبة الذين يحافظون أو يلتزمون بالممارسات الصحية الايجابية .

*انخفاض نسبة الطلبة الذين يتخذون إجراءات صحية وقائية.

(مقراني جمال وبن زيدان حسين و بورزامة داود ، 2015)

خلاصة:

من خلال العناصر التي عرضناها عن حقيقة علاقة سلوكات الخطر المتعلقة بالصحة بالإصابة بالأمراض المزمنة الأكثر انتشارا في عصرنا هذا، يمكن القول أنه يجب التركيز على فهم وتحليل هذه السلوكات والعوامل الكامنة وراءها. وذلك لأن تفشي هذه الأمراض ووصولها إلى مستويات وبائية يفرض على المجتمعات بأكملها بذل الجهود من أجل وضع حد لانتشارها والتقليل من فداحة المشاكل الصحية والموت المبكر الذي تسببه ، ولا يتم هذا إلا بتضافر الجهود بين كل النظم الصحية ، وهذا ما يتبين من الخبرات المتراكمة في مكافحة هذه الأمراض عالميا لأن نجاح البرامج الوقائية يقتضي إتخاذ قرارات وسن تشريعات مناسبة تمكن الأفراد والمجتمع من إتباع أنماط حياتية صحية. وبناءا على كل ما تقدم نستطيع أن نركز على أنماط السلوك الصحية التالية ولما لها من تأثيرات ايجابية على صحة المراهق من منطلق حمايته سواء حاليا كمراهق أو غدا كراشد من الدخول في متاهة أمراض العصر وهي:

أولا: الغذاء الجيد المتوازن كما وكيفا والذي بالضرورة سوف يحمي الإنسان من كافة الأمراض الناتجة عن سوء أو نقص في الغذاء .

ثانيا: التمارين الرياضية لما لها من تأثير ايجابي على الصحة وعلى النفس والتي تحمي من مشاكل السمنة والسكري وأمراض القلب.



**الفصل الرابع: الوعي
الصحي**

تمهيد:

تهتم التربية الصحية بنشر الوعي الصحي لدى الأفراد من خلال ترجمة المعلومات الصحية إلى سلوكيات صحية سليمة داخل وخارج المدرسة، مما يؤدي إلى نمو المستوى الصحي على مستوى الفرد والمجتمع، وذلك بإتباع الأساليب التربوية الحديثة التي تهدف إلى تغيير اتجاهات الأفراد وتعديل سلوكياتهم وعاداتهم لتعزيز صحتهم وصحة المجتمع ككل. فالوعي الصحي هو الهدف الذي يجب أن نسعى إليه ونتوصل إليه لا أن تبقى المعلومات الصحية كثقافة صحية فقط. وبما أن التلاميذ يقضون وقتاً طويلاً في المدارس بات من الضروري توعيتهم صحياً من خلال تزويدهم بالمعلومات والمعارف الصحية وإكسابهم سلوكيات وعادات صحية سليمة ليحافظوا من خلالها على صحتهم وسلامتهم ويدركوا أهمية الحفاظ على صحتهم حالياً ليتمكنوا من التمتع بها مستقبلاً، هذا من جهة ومن جهة أخرى يعتقد المهتمون بالرعاية الصحية الأولية أن التلميذ ناقل جيد للمعلومات والخبرات الصحية التي يتعرض لها في المدرسة ، لان التلميذ عندما يكتسب المعلومات والخبرات والمهارات الصحية المقدمة له يقوم بنقلها بدوره إلى أسرته والى المجتمع الذي يعيش فيه، وبذا تقع على المدرسة مسؤولية كبيرة ، تجعل لها دوراً أساسياً في نشر الوعي الصحي لأفراد المجتمع من خلال التلاميذ.

1. مفهوم الوعي الصحي:

معنى وعى في لسان العرب الوَعَى حَفِظَ الْقَلْبَ الشَّيْءَ وَعَى الشَّيْءَ وَالْحَدِيثُ يَعِيهِ وَعِيًّا وَأَوْعَاهُ حَفِظَهُ وَفَهِمَهُ وَقَبِلَهُ فَهُوَ وَاعٍ وَفُلَانٌ أَوْعَى مِنْ فُلَانٍ أَيْ أَحَقَّظَ وَأَفْهَمَ .

(ابن منظور 2000: ص 245)

ولقد جاء معنى كلمة الوعي في المعجم الوجيز بثلاث صياغات هي الحفظ والتقدير، والفهم

وسلامة الإدراك، شعور الكائن بما في نفسه وما يحيط بالآخرين.

(مجمع اللغة العربي، 1998: ص 675)

ويعرف الوعي بأنه: اتجاه عقلي انعكاسي لدى الفرد يمكنه من الوعي بذاته والبيئة المحيطة به بدرجات متفاوتة من الوضوح والتعقيد .

(الصالح مصلح، 1999: ص 115)

والوعي (consciousness) هو إدراك المرء لذاته ولما يحيط به إدراكا مباشرا وهو أساس كل معرفة ويمكن إرجاع مظاهر الشعور إلى ثلاثة: الإدراك والمعرفة ، الوجدان و النزوع والإرادة وهذه المظاهر الثلاثة متصلة ببعضها كل الاتصال .

(بدوي احمد، 1978: ص 81)

وجاء في قاموس (Le Petit LAROUSSE de la Médecine) الوعي بالمعنى النفسي انه

المعرفة التي يمتلكها كل واحد حول وجوده ، حول أفعاله وحول العالم الخارجي.

(André Donart et Yacquè Bourneuf:1983, p242)

ويعرف كود Good الوعي على أنه :امتلاك أو إظهار – إدراك أو تصور معرفة كما يشير

كارثول Karthwohl إلى الوعي كخطوة في تكوين الجوانب الوجدانية بما تتضمنه من اتجاهات

وقيم .ويؤكد على أنه في مستوى الوعي لا يكون الاهتمام موجها إلى الذاكرة أو القدرة على استرجاع

المعلومات بقدر الاهتمام بأن الفرد يدرك أشياء معينة في الموقف أو الظاهرة، ومعنى ذلك أن الوعي يتضمن مكوناً معرفياً مما يجعل الجانب الوجداني ملازماً للجانب المعرفي.

(الريامي أحمد ، 2009: ص 13)

إن فالوعي هو عملية إدراك الفرد لذاته وجماعته وبيئته والإحساس بواقعه، وفهم علاقاته الاجتماعية وتفاعلاتها، ومعرفة القوانين والسنن الاجتماعية التي تحكم سلوكه وتصرفاته ومشاركته الايجابية في تحقيق أهداف المجتمع، ويتم تكوين الوعي من خلال التربية في مختلف مراحل التعليم، وكلما كان الوعي أكثر نضجاً وثباتاً كان ذلك أكثر قابلية لدعم وتوجيه السلوك في الاتجاه المرغوب فيه.

والوعي نتاج التفرد، لان الوعي ذاتي، وصحته مرتبطة بتمام تميز الذاتية، كما انه نتاج التفتح، إذ لا وعي مع وجود مغلق، وحس مقفل، وعقل محصور، والوعي نتاج الإيجابية، إذ لا وعي مع حركة الوجود الفردي المتفاعلة المقبلة على الحياة المرتردة لها.

(برعي ميرفت ، 2006: ص 576)

ويرى سلام سيد أحمد أن الوعي يؤسس على ثلاثة جوانب هي: الجانب المعرفي والجانب الوجداني والجانب التطبيقي، ويتمثل الوعي المعرفي في توفير المعلومات العلمية عن موضوع معين، فإذا اكتملت جوانب الوعي المعرفية والوجدانية والتطبيقية لدى الفرد وصف هذا الفرد بأن لديه وعي متكامل، فهو يعرف ويفكر ويتخذ موقفاً وينفذ.

(صبري ماهر و محمد أسامة، 2007: 159 ص 138)

أما الوعي الصحي فهو ترجمة المعارف والمعلومات والخبرات الصحية إلى أنماط سلوكية

لدى الأفراد . (زنكنة سوزان ، 2009: ص 2)

وهو مفهوم يقصد به إلمام المواطنين بالمعلومات والحقائق الصحية، وأيضا إحساسهم بالمسؤولية نحو صحتهم وصحة غيرهم، وفي هذا الإطار يعتبر الوعي الصحي هو الممارسة الصحية عن قصد نتيجة الفهم والإقناع، أي أن الوعي هو تحول تلك الممارسات الصحية إلى عادات تمارس بلا شعور أو تفكير.

(سلامة بهاء الدين ، 2001: ص 23)

والوعي الصحي هو جملة من التصورات والمعتقدات والرؤى التي تعين الإنسان في حياته وتحدد سلوكه، ويقصد به هنا إلمام الناس بالمعلومات والحقائق الصحية وإحساسهم بالمسؤولية نحو صحتهم وصحة غيرهم ، وفي هذا الإطار يعتبر الوعي الصحي هو الممارسة عن قصد نتيجة الفهم والإقناع.

(الشلهوب عبد الملك ، 20-06-2014: ص3)

والوعي الصحي (**Health Awareness**) هو السلوك الإيجابي والذي يؤثر إيجابيا على الصحة، والقدرة على تطبيق هذه المعلومات في الحياة اليومية، بصورة مستمرة تكسبها شكل العادة التي توجه قدرات الفرد في تحديد واجباته المنزلية التي تحافظ على صحته وحيويته وذلك في حدود إمكانياته. (خلفي عبد الحليم، 2013: ص 273)

ويرى كوني (Connie 2001) أن الوعي الصحي عملية تحفيز الطلبة وإقناعهم لتعلم ممارسة صحية صحيحة أو عملية ترجمة الحقائق والمفاهيم الصحية المعروفة إلى أنماط سلوكية صحية سليمة تؤدي إلى رفع المستوى الصحي للطلبة بإتباع الأساليب التربوية المتنوعة.

(محمد علي ، 2007: ص 190)

وهو عملية إعلام وحث الناس لتبني نمط حياة وممارسات صحية دائمة وهي من أهم عناصر الوعي الصحي والتي يعني تفعيلها إيصال المعلومة الصحية إلى الناس بطريقة صحيحة ومفهومة كما أنها الخطوة الأولى لتغيير سلوك الأفراد تجاه الأمور الصحية التي تؤثر على حياتهم وبالتالي تغيير المجتمع، وكذلك إدخال تغييرات في البيئة حسب الحاجة من أجل تسهيل هذا الهدف وإجراء تدريبات مهنية وبحوث من أجل نفس الغرض والتوعية الصحية هي مسئولية كل موظف وعامل في مراكز الرعاية الصحية الأولية كإلا في مجاله.

(حسين عبد الأمير ، زيدان خديجة ، د.ت: ص168)

إذن فالوعي الصحي هو المعرفة والفهم وتكوين الميول والاتجاهات لبعض القضايا الصحية المناسبة للمرحلة العمرية بما ينعكس إيجاباً على السلوك الصحي اليومي ، و يبدأ الوعي الصحي باكتساب الفرد الحقائق الصحية، والتي تتحول إلى شعور وجداني من خلال اتجاهات صحية معينة، تتكون لديه وتؤثر في النهاية على ممارساته وعاداته، والتي تظهر على هيئة سلوكيات صحية سليمة. والعلاقة بين تعبير الوعي الصحي والتربية الصحية واضحة، إذ أن نشر الوعي الصحي هو الهدف الأول من أهداف التربية الصحية، كما أن السلوك الصحي هو احد مظاهر الوعي الصحي، لان الوعي الصحي من مكوناته الثلاث السلوك.

وهناك من يرى أن الوعي الصحي هو التتور الصحي **Health Literacy** وهو القدرة على قراءة وفهم المعلومات الصحية وتنفيذها، ومستوى قدرة الأفراد على تحصيل ومعالجة وفهم المعلومات والخدمات الصحية الأساسية اللازمة لاتخاذ قرارات صحية مناسبة.

(صالح عماد والسيد أماني ، 2009: ص5)

أما مفهوم التوعية الصحية فيستخدم كمرادف لعملية التثقيف الصحي وهي العملية التي تؤثر وتغير في الممارسات بالإضافة إلى المعلومات والمواقف المتعلقة بتلك التغيرات.

(العامودي خالد و العوفي عبد اللطيف ، 1995: ص 191)

فالتوعية الصحية عمل فني يعتمد على الحقائق العلمية والخبرات المكتسبة، ونظرا لأهميته فقد حظي باهتمام الأطباء والمختصين باعتباره الوسيلة الفعالة للنهوض بالمستوى الصحي لأفراد المجتمع، لذا ظهر مجال آخر للتوعية الصحية وهو التوعية الصحية المدرسية والتي تهدف إلى تنمية المعرفة الصحية لدى التلميذ وتغيير السلوك الصحي الخاطئ إلى سلوك صحي سليم حيث لا يكون التلميذ ممارسا لهذه السلوكيات فقط بل يمكن أن ينشر هذه المفاهيم والسلوكيات بين زملائه (Child to Child éducation) وأيضا إلى مجتمعه.

وتكون التوعية الصحية المدرسية شاملة عندما تمس النقاط التالية:

- تستهدف تغيير السلوك وليس المعلومة فقط.
- تطوير سلوك الطالب والاعتماد على النفس .
- تنمية المهارات الحياتية (التواصل مع الآخرين واتخاذ القرار وتفهم المشاعر الإنسانية والتعامل مع الأزمات).
- تستعين بالقيم والثوابت الصحيحة .
- ينظر للصحة بمنظار أبعد من مجرد غياب المرض .
- تستغل الإمكانيات المتاحة داخل وخارج المدرسة .
- تتناغم رسائله مع المناهج الدراسية و بيئة المدرسة .
- تمكن الطلاب من تحسين الظروف بالقدر الذي يدعم الصحة .
- تنشط التفاعل بين المدرسة ،المجتمع ،الأسرة والخدمات الصحية المحلية .

- تشجع على تحسين البيئة الصحية داخل المدارس والمحافظة عليها .
- تراعي توفير القدوة الصالحة داخل و خارج المدرسة.

(الإدارة العامة لرعاية أطفال السن المدرسي و منظمة الصحة العالمية: ص 24)

وهكذا فالتوعية الصحية مجموع الأنشطة التواصلية و الإعلامية التحسيسية و التربوية الهادفة إلى خلق وعي صحي، بإطلاع الناس على واقع الصحة، و تحذيرهم من مخاطر الأوبئة و الأمراض المحدقة بالإنسان من أجل تربية فئات المجتمع على القيم الصحية، و الوقائية المنبثقة من عقيدة المجتمع و من ثقافته ومن هنا فالتوعية الصحية هي التنقيف الصحي والذي من أهم أهدافه نشر الوعي الصحي عن طريق تطبيق السلوكات الصحية السليمة في حياتهم اليومية على أن يكون هذا التطبيق نتيجة للفهم والاقنتاع أي أن تتحول المعارف والاتجاهات الصحية إلى سلوكات تمارس بانتظام في حياة الفرد.

وقد حددت منظمة الصحة العالمية أهداف التوعية الصحية كما يلي:

- 1- التأكيد على أهمية الصحة كمصدر قوة للمجتمع.
- 2- إمداد المجتمع بالخبرات والمعلومات لمساعدتهم على حل مشكلاتهم الصحية بأنفسهم وبطاقاتهم الذاتية.
- 3- رفع وتطوير الخدمات الصحية واستخدامها بطريقة مثلى.

(العامودي خالد و العوفي عبد اللطيف ، 1995: ص 192)

إن مفهوم الوعي الصحي هو تنقيف الأفراد والمجموعات بإثارة وعيهم من أجل تغيير سلوكياتهم وعاداتهم السلبية إلى سلوكيات وعادات ايجابية معززة للصحة، خاصة في ظل الزيادة العظيمة لمعدلات انتشار الامراض المزمنة والغير معدية والتي يبقى السلوك أول مسبباتها سواء عن قد أو عن غير قصد ومن بين هذه السلوكات المعززة للجانب الصحي والمساهمة في تطوره

التمارين الرياضية والتغذية السليمة ولا شك أن النظام التعليمي الفعال من خلال المدرسة وباستغلال المراحل الحساسة والأكثر تأثراً بالسلوكات السلبية كمرحلة المراهقة ستكون الأرضية الخصبة التي نستطيع من خلالها تنمية الوعي الصحي للتلاميذ من خلال التربية الصحية كمادة مستقلة أو من خلال تضمين مواضيع ذات صلة بالتربية الصحية في مادة العلوم أو التربية المدنية أو حتى اللغة العربية والتربية الإسلامية.

ففي دراسة قام بها لوتس (Lottes,1996) بهدف تحليل فائدة مساق صحي في كلية جنزبيرج، حيث ركزت الدراسة على السؤالين ما الذي يؤدي إلى زيادة معرفة الطلبة في أحداث تغير في سلوكهم في نهاية المساق الصحي؟ ماذا يقول الطلبة عن تأثيرات المساق الصحي من حيث زيادة المعرفة و التغير في سلوكهم؟ وتم إجراء مسح شامل لآراء الطلبة في نهاية المساق و بعد أربع سنوات من دراستهم المساق، لملاحظة ما إذا كان له اثر في نمط حياتهم الصحي، بينت الدراسة إن التغيرات السلوكية التي حدثت في نهاية المساق وبعد أربع سنوات من دراسة المساق كانت إدارة الوقت و التغذية و التغلب على التوتر.

(عبد الحق عماد و شناعة مؤيد ونعيرات قيس و العمدة سليمان ، 2012: ص 942)

II. أهداف نشر الوعي الصحي:

الوعي الصحي كما ذكرنا سابقا هو أحد الأهداف التي تسعى التربية الصحية إلى تحقيقها من خلال برامجها، وأنشطتها المتنوعة، وهو الهدف الذي تسعى المجتمعات إلى الوصول إليه وتحقيقه بين أفرادها. والهدف من الوعي الصحي في أي مجتمع من المجتمعات يتضح من خلال أفراد المجتمع هل يسلكون سلوكا صحيا أم لا؟ ونشر الوعي الصحي يتضح في المجتمع من خلال النقاط التالية:

1- أن يكون أفراد هذا المجتمع قد ألموا بالمعلومات المتصلة بالمستوى الصحي في مجتمعهم وألموا بالمشكلات الصحية، الأمراض المعدية المنتشرة في مجتمعهم، معدل الإصابة بها، أسبابها، طرق انتقالها، أعراضها، طرق الوقاية منها ووسائل مكافحتها.

2- أن يكون أفراد هذا المجتمع قد فهموا وأيقنوا أن حل مشكلاتهم الصحية، والمحافظة على صحتهم، وصحة مجتمعهم ، هي مسئوليتهم قبل أن تكون مسؤولية الجهات الحكومية. والمجتمع الذي نريد الوصول إليه بنشر الوعي الصحي بين مواطنيه هو مجتمع يتبع أفرادَه الإرشادات، والعادات الصحية السليمة في كل تصرفاتهم، بدافع من شعورهم، ورغبتهم، ويشتركون إيجابياً في حل مشكلاتهم الصحية،

3- أن يكون أفراد هذا المجتمع قد تعرفوا على الخدمات، والمنشآت الصحية في مجتمعهم، وتفهموا الغرض من إنشائها، وكيفية الانتفاع بها بطريقة منظمة ومجدية.

(سلامة بهاء الدين ، 2001: ص 24)

ومن هنا يمكن أن نلخص الهدف الأساسي لنشر الوعي الصحي في ترجمة الحقائق ذات العلاقة بالصحة والمرض إلى نماذج من السلوك الصحي الملائم من قبل الأفراد والأسر والجماعات.

ويبدأ الوعي الصحي بإعطاء المعلومات الصحية أي بالمعرفة وينتهي بممارسة السلوك الصحي

السليم ولكن بين المعرفة والسلوك توجد عدة مراحل وهي:

أ - المعرفة (إعطاء المعلومات): وهي من أهم مكونات الوعي الصحي وهي مجموع المعارف

والمعتقدات التي يكونها الأفراد عن الأمور والقضايا والمشكلات الصحية والأمراض، وكما في

المشكلات الصحية المزمنة فان مكافحة ذلك تعتمد على تغيير أنماط حياة وعادات الأفراد السلوكية

في مجالات محددة ،وحجر الأساس في هذا التغيير هو المعرفة والتي تعني المعرفة الأولية

بالعوامل والمسببات التي تؤدي إلى هذه المشكلة الصحية. والمعرفة الصحية تعني مجموعة

المعلومات والخبرات والمدرجات التراكمية التي تحصل عليها الفرد من المصادر الموثوقة حول الحقائق والآراء الصحية والتي تشكل عاملا مهما في الوقاية من المرض ورافدا من روافد تحسين

الصحة وترقيتها. (كشيشب مراد وعيادي نادية، 2014 : ص 5)

ب - الاقتناع وتكوين الاتجاه والرغبة: أي أنه بعد توضيح المعلومة أو إدراك المعرفة قد تتطور هذه المعرفة إلى مرحلة الاقتناع بهذه المعلومة وهذه محلها (العقل) وقد لا يقتنع الفرد رغم وصول المعلومة إليه وبعد الاقتناع بالمعلومة إذ يحدث تولد بالميل والاتجاه والرغبة لاتباع السلوك الصحي السليم وهذه محلها (النفس).

ج - بناء الممارسات الصحية الحميدة: المقصود هنا هو التطبيق الفعلي للعادات الصحية المرغوبة في حياة الشخص اليومية ومن هذه العادات عدم الإفراط في الأكل أو التدخين أو اتخاذ الاحتياطات اللازمة ضد الأمراض، والمعرفة لا تستلزم تقديم ممارسات صحية حميدة، ولكنها تطلب التطبيق الفعلي لهذه الممارسات الصحية.

(محمد مي ، 2009 : ص 25)

وانطلاقا مما سبق يتم الحكم على التلميذ بأن لديه مستوى عالي من الوعي الصحي ، عندما يمتلك هذا التلميذ المعرفة الضرورية حول الصحة عموما ، ولديه ميول واتجاهات نحو هذه المعارف والمعلومات الصحية ، ويمتاز بمهارات معينة أي سلوكيات تعكس طبيعة تلك المعارف الصحية ، عندئذ نستطيع الحكم على هذا التلميذ بأنه قد أصبح واعيا صحيا.

III . أهمية نشر الوعي الصحي :

إن المجتمعات الراقية صحيا هي المجتمعات التي تعمل على نشر الوعي الصحي على مستوى الفرد والمجتمع إدراكا منها أن أهمية الوعي الصحي لا تكمن فيما تجنيه من صحة أفرادها

حاضرا، لكن ما يمكن تحقيقه من خلال هذا النشر مستقبلا وانعكاسه على حياة الأفراد وبالتالي على المجتمع كله، وتكمن أهمية نشر الوعي في ما يلي:

- 1- تمكين الفرد من التمتع بنظرة علمية صحيحة تساعد في تفسير الظواهر الصحية، وتجعله قادرا على البحث عن أسباب الأمراض وعللها مما يمكنه من تجنبها والوقاية منها.
- 2- أنه رصيد معرفي يستفيد منه الإنسان من خلال توظيفه وقت الحاجة له في اتخاذ قرارات صحية صائبة إزاء ما يعترضه ويواجهه من مشكلات صحية.
- 3- انه يولد لدى الفرد الرغبة في الاستطلاع ويغرس فيه حب اكتشاف المزيد منه كونه نشاط غير جامد يتسم بالتطور المتسارع.

(الشلهوب عبد الملك ، 20-06-2014: ص ص 3-4)

وترى الباحثة أن أهمية الوعي الصحي لا تكمن في رصيد معرفي ومعلومات صحية فقط وإنما هو ترجمتها إلى سلوكيات صحية من شأنها حماية الفرد حاضرا ومستقبلا من المشكلات الصحية وبالتالي تمتعه بمستوى صحي يجعله قادرا على أن يكون مواطنا منتجا قادرا على اتخاذ قرارات صحية إذا ما واجهته أي مشكلة صحية تخصه أو تخص الآخرين.

IV. المؤسسات المسؤولة عن نشر الوعي الصحي:

مع تزايد المشكلات الصحية وزيادة انتشار الأمراض خاصة المزمنة منها ، برزت الحاجة إلى تعميق مفهوم الوعي الصحي ، فاهتمت العديد من المؤسسات به ، لما له من أهمية بارزة ودور هام في إنشاء جيل يتمتع بالمعرفة الصحية التي من خلالها يستطيع أن يرتقي بنفسه وبمجتمعه إلى الأفضل ، وأكد العديد من الباحثين في هذا المجال والمجالات ذات الصلة الوثيقة به كالطب، علم النفس، الطب السلوكي، التربية والتعليم... الخ على أهمية الوعي الصحي وضرورة تكاتف كل المؤسسات من أجل نشره والرقى به لأنه ليس مجرد معلومات يحفظها الطلبة فحسب ، بل سلوكاً

ينبغي ممارسته ليكون جزءاً من حياتهم اليومية ، أي إكسابهم ذلك الوعي لتنمية العديد من العادات ومن ثم ممارستها لأن المعرفة وحدها لا تؤدي إلى ممارسة السلوك الصحي ومن أهم المؤسسات المسؤولة عن نشر الوعي الصحي نجد:

أولاً: الأسرة

تعد الأسرة الخلية التربوية الأساسية لعملية التنشئة الاجتماعية، فمن خلالها تتبلور شخصية الطفل بجوانبها العقلية والاجتماعية والجسمية والانفعالية.

فمثلاً عندما يولد الطفل فإنه يتلقى الرعاية الصحية الأساسية خلال أيام ولادته الأولى، ثم ينتقل إلى المنزل حيث يقوم الأبوان بتقديم الرعاية الصحية اللازمة له حتى ينمو في بيئة سليمة، وهنا يكون للقدوة المنزلية تأثيراً فعالاً في حياة الطفل خلال المرحلة الأولى من حياته، حيث بتقليد والديه في كل ما يسمع ويرى، فينشأ متمرساً على العادات الصحية السليمة، لذلك كان ضرورياً أن يكون المناخ الأسري سليماً ومعداً إعداداً جيداً لتنفيذ ذلك الهدف.

(بدح احمد و مزاهرة ايمن و بدران زين ، 2009 : ص 16-17)

وترى شيلي تايلور أن هناك عدة أسباب تجعلنا نركز عن الأسرة كمصدر للمعلومات الصحية والارتقاء بالصحة:

1- وهو الأكثر وضوحاً حيث أن الأطفال يتعلمون عاداتهم الصحية من آبائهم، لذلك فإن التأكد من التزام الأسرة بنمط حياة صحي يعطي الأطفال الفرصة الأفضل للبدء بحياة صحية منذ البداية.

2- الأسر التي يوجد فيها أطفال، وراشد واحد يعمل أو أكثر، يكون لديها نمط حياة أكثر تنظيماً واتساقاً من أولئك الأشخاص الذين يعيشون وحدهم، وبذلك فإن حياة هذه الأسر تتميز بإتباع سلوكيات صحية، مثل: المحافظة على تناول ثلاث وجبات يومية، والحصول على ثماني

ساعات من النوم، وتنظيف الأسنان باستخدام الفرشاة واستخدام أحزمة الأمان. إن مظاهر الحفاظ على الصحة تكون أكثر وضوحاً في حياة الأسرة، وذلك استناداً إلى حقيقة منشؤها أن الرجال المتزوجين لديهم عادات صحية أكثر بكثير من الذين يعيشون وحدهم. ويرجع ذلك جزئياً إلى الدور الذي تقوم به المرأة في إدارة الأمور بطريقة تساعد على بناء العادات الصحية.

3- تأثر أفراد الأسرة المختلفين بعادات أي فرد فيها. ومن الأمثلة الواضحة على ذلك التدخين من الدرجة الثانية، فالتدخين لا يسبب الأذى للمدخن فحسب، ولكنه -أيضاً- يؤذي أولئك المحيطين به.

4- وهو السبب الأكثر أهمية، ويرجع إلى أن إحداث التغيير في السلوك على مستوى العائلة - كما يحدث في حال التزام الأسرة بنظام غذاء غير مشبع بالكوليسترول، أو في التوقف عن التدخين - يضع جميع أفراد الأسرة، مما يؤكد التزامهم بشكل كبير في برنامج التغيير السلوكي، ويزودون الشخص المستهدف سلوكه بالتغيير بالمساندة الاجتماعية الضرورية، وتشير الدلائل إلى أن انخراط أفراد العائلة في عملية التغيير يمكن أن يزيد من فعالية التدخل بشكل جوهري.

(شيلي تايلور ، 2008: ص 182-183)

ولذلك فإن دور الأسرة في غرس السلوك الصحي في أفرادها يعتبر من أولى الوظائف التي يجب أن تقوم بها الأسرة، وعليه نستطيع القول أن من أبرز أدوار الأسرة في نشر الوعي الصحي بين أفرادها هو:

1- توفير حياة عائلية سليمة : إن الحياة العائلية المستقرة التي يسودها السعادة والهدوء والعطف تؤثر بشكل إيجابي في صحة الأطفال النفسية كما أن الطفل الذي ينشأ في أسرة

تنتشر بها الأمراض يكون عرضة للإصابة بها عن طريق الاختلاط ، أما الطفل الذي ينشأ في أسرة تتمتع بالصحة الكاملة، فإن هذه الأسرة تكون قادرة على العمل لوقايته من الأمراض، والقيام بمهمة التربية الصحية له.

2- تهيئة الفرص التي عن طريقها يتعود الطفل على ممارسة العادات الصحية المختلفة نتيجة لما يراه من الوالدين أو إخوته الكبار، فالأسرة تغرس عاداتها وقيمها في الطفل وتكسبه ذوقه في المأكل والمشرب، والعادات الصحية التي يمارسونها في المنزل ذات اثر كبيرا في تربية الطفل،ولهذا يمكن للوالدين غرس العادات الصحية في الطفل منذ نعومة أظافره.

3- توفير الوسائل والظروف المعينة على تثقيف أفراد الأسرة من خلال توفير الكتب المتخصصة، والمجلات الصحية، والقيام بالرحلات مما يساعد على تزويدهم بالمعلومات الصحية المتنوعة

4- قيام الوالدين بالإجابة على تساؤلات الأبناء الصحية، خاصة ما يتعلق بالأمور الجنسية، بصراحة ووضوح، وتقديمها بأسلوب مقنع للابن، لأن إخفاء الحقيقة عنه يؤدي إلى تزعزع الثقة بهم، فيعرض ويلجأ إلى الآخرين من الأصدقاء، وغيرهم للحصول على الإجابة.

5- تبني العادات الغذائية الصحية السليمة التي تتلاءم مع النمو الطبيعي للأبناء، وتعويدهم عليها، وتنبيههم عن العادات الغذائية الضارة، وحثهم على الابتعاد عنها. فنوع الأغذية التي تفضلها

(الأحمدي علي ، 1424 هـ : ص 37-38) و (سلامة بهاء الدين ، 2001: ص 132)

ومن الواجب أن تقوم الأسرة بتتمية العادات الصحية في الطفل فالعادة مطلوبة قبل أن تكون المعلومة محكمة فالتدريب على سلوك يتسم بالثقافة الصحية يبدأ في المنزل ويكتمل في المدرسة

ومع نمو الطفل توضح الأسرة بالتدرج المعلومة التي تبني بها العادة الصحية مع ملاءمة المعلومات لميول وقدرات الطفل.

(زرزور محمود، 2008)

فالحياة الأسرية تشكل مصدر تعزيز للصحة وللسلوكات الصحية السليمة لذا نرى أن هناك تزايد مستمر في توجيه إجراءات التدخل إلى الأسر بدلا من الأفراد، لضمان حدوث قدر أعظم من التغيير في السلوك .

ثانيا: المدرسة:

تعد المدرسة مؤسسة اجتماعية أنشأها المجتمع بقصد تحقيق أهدافه، وهي إحدى المؤسسات المسؤولة عن التوجيه الصحي، فهي تكمل عمل الأسرة وتؤكد على العادات الصحية ، لذا يمكنها العمل على تحقيق ونشر الوعي الصحي للتلاميذ.

فالمدرسة مؤسسة تعليمية تلعب دورا هاما في تكوين التلاميذ من الناحية التعليمية والثقافية، كما أنها ترعى التلاميذ من الناحية الصحية عن طريق توفير الرعاية الصحية السليمة وإكسابهم السلوك الصحي السليم، وهذا يؤدي في النهاية إلى النهوض بمستوى الصحة العامة للمجتمع.

(شكر فايز واسعد أمان و عبد الحليم أبو القاسم ، 1999: ص14)

ولذلك فإن للمدرسة دور لا يستهان به في نشر الوعي الصحي، ورفع مستواه لدى التلاميذ وذلك عن طريق المناهج، والأنشطة المدرسية المختلفة، التي تعمل على تزويد التلاميذ بالكثير من المعارف والحقائق الصحية، وتكسيبهم العادات والسلوك الصحي السليم.

كما يمكن للمدارس أن تنظم برامج للزيارات المنزلية التي يقوم بها المدرسون والزائرات الصحية والأخصائيون الاجتماعيون لمناقشة أولياء الأمور في المشاكل الصحية التي يتعرض لها التلاميذ.

وأيضاً من بين أهم مهام المدرسة الرعاية الصحية للتلاميذ من حيث تقييم صحتهم ومتابعتها والوقاية من الأمراض المعدية ومكافحتها والرعاية في حالة الطوارئ والإسعافات الأولية ورعاية التلاميذ المعوقين. (سلامة بهاء الدين ، 2001: ص 133-134)

ويظهر دور المدرسة في نشر الوعي الصحي من خلال ما يلي:

- 1- تزويد التلاميذ بالمعرفة الصحية الفردية عن الأمراض المختلفة التي تصيب جسم الإنسان.
- 2- تزويد التلاميذ بالقواعد الصحية الضرورية للوقاية من الأخطار، والأمراض.
- 3- إكساب التلاميذ بعض الاتجاهات الصحية السليمة، التي تمكنهم من التعامل بنجاح مع المشكلات الصحية، التي يتعرضون لها أو يتعرض لها، أحد أفراد أسرهم.
- 4- المساهمة في تكوين بعض العادات الصحية السليمة في المجالات المختلفة، كالغذاء الصحي، والنظافة، وتناول الطعام، واللعب، والاستذكار وغيرها.
- 5- توفير الرعاية الصحية الممكنة للتلاميذ، من خلال الكشف الدوري، وعزل الحالات المرضية
- 6- إلقاء المحاضرات، ونشر الكتيبات، والقيام بمسرحيات تساعد في نشر الوعي الصحي بين التلاميذ، وأولياء أمورهم.
- 7- رعاية الصحة النفسية للتلاميذ، وتحريرهم من الخوف والقلق، ومناقشتهم في مشكلاتهم الانفعالية والوجدانية، لوقايتهم من الأمراض النفسية.

(الأحمدي علي ، 1424 هـ : ص 39)

ويمثل المنهاج المدرسي الأداة الأساسية التي تستخدمها الجهات المسؤولة عن العملية التربوية في نقل المضامين التربوية إلى الطلبة لذا يجب أن تعد المناهج إعدادا يتماشى وحاجات وقدرات الطلبة، كما يجب أن تستثمر هذه المناهج لتثبيت معرفة الطلبة وتدعيم سلوكهم. فالمنهاج المدرسي هو الوسيلة لتحقيق أهداف تربوية وغايات المجتمع في تعليم الطلبة، ومن أهم عناصر تعزيز المفاهيم الصحية والتنقيف الصحي وتغيير السلوكات الصحية الخاطئة والاتجاهات السلبية، وبالتالي تغيير العادات الشخصية وأنماط السلوك لتصبح أنماط حياة، مثل التغذية المناسبة، وزيادة النشاط البدني، والاتصال المستمر والمتواصل، والتركيز على البرامج الوقائية في تعزيز الصحة وتقوية التنقيف الصحي وربط الاستراتيجيات العلاجية والوقائية من أجل التأكيد على فوائد الوقاية وأهميتها.

(طلافه حامد و أبو حسان سائدة 2007: ص 103)

وتهدف المدرسة بما فيها من مناهج، وكتب مدرسية، ومعلمين، وأنشطة مدرسية إلى تكوين طبائع حميدة، وصياغة نفسيات متوازنة ومتكاملة وتقف الإذاعة المدرسية جنبا إلى جنب مع العديد من الأنشطة المدرسية، فهي وسيلة تعليمية، ويؤدي الاستخدام التربوي لها إلى تنمية الطالب عقليا، وفكريا، واجتماعيا، لكن الدراسات أثبتت أن التعلّم لا يقتصر على ما تقدمه المدرسة داخل أسوارها للطلبة، ولكنه يتأثر كثيرا بالمؤسسات الثقافية والاجتماعية.

(بني خلف محمود، 2007 : ص 717-718)

إن المدرسة عموما والمناهج الدراسية خصوصا يجب أن تهتم بنشر الوعي الصحي لدى أفرادها حسب المرحلة النمائية التي يكونون فيها لأنها تعتبر المصدر الأكثر أهمية بعد الأسرة في تنمية الصحة، ولأن التلميذ يقضي وقتا طويلا بها. وبهذا تمكنه المدرسة من اكتساب معارف

ومعلومات صحية تسمح له باتخاذ قرارات سليمة تجاه صحتهم وصحة غيرهم وبالتالي إكسابه السلوكيات الصحية منذ الصغر ونقلها من المدرسة إلى البيت والمجتمع.

ثالثاً: وسائل الإعلام:

مع ازدياد الحاجة الماسة نحو التوعية الصحية والرغبة الملحة في إيجاد سبل لعلاج الأمراض المزمنة المتفاقمة والتي أصبحت الشغل الشاغل للعام والخاص وطرق الوقاية منها، أصبحت وسائل الإعلام المرئية و المسموعة هدف كافة أفراد المجتمع في الآونة الأخيرة، للإطلاع على آخر المستجدات عالمياً ومحلياً وما يحدث حولهم من حالات مرضية وقضايا صحية من شأنها تعمل على تعزيز الوعي بالبحث عن الطرق الوقائية للوقوف أمام تيار الأمراض و التعرف على مواطن انتشارها وأسباب ظهورها و كيفية التعامل معها.

وتلعب وسائل الإعلام دوراً هاماً في تنمية الوعي الصحي لدى كل أفراد المجتمع في شتى المجالات، بما في ذلك تزويد المجتمع بالمعلومات الصحية عن القضايا والمواقف المختلفة ، وتعزيز المعرفة لدى كافة أفراد من خلال إقامة حملات صحية توعوية، تهدف إلي زيادة إدراك المواطنين بكافة الفئات العمرية والمستويات التعليمية للمشكلات المختلفة، والتي تساعد على اتخاذ دور فعال في التعامل مع كثير من القضايا الصحية البارزة. والمعلومة الصحية التي تقدمها وسائل الإعلام على نوعين :

أولاً: معلومات صحية متخصصة تقدم ضمن البرامج الصحية للتوعية التي قصد بها إمداد الأفراد بالمعلومات والتجارب والخبرات للمساهمة في حل مشكلاتهم الصحية ومن أمثلة هذا النوع البرامج أو الصفحات الصحية المتخصصة سواء في الصحافة أو الإذاعة والتلفزيون مثل برنامج الطب والحياة وسلامتك وغيرها من البرامج الصحية.

ثانياً: المعلومات الصحية التي تقدمها وسائل الإعلام فهي المعلومات التي تقدم في ثنايا البرامج الغير متخصصة وفي هذه البرامج تقدم معلومات صحية حول احداث المكتشفات الطبية وحول بعض الأمراض وكيفية الوقاية منها ويكون مصدرها عادة وكالات الأنباء والصحف والمجلات.

(العامودي خالد و العوفي عبد اللطيف ، 1995: ص 198)

وتلعب مصادر الإعلام المرئية أيضاً كالتلفزيون وملحقاته دوراً بارزاً في تقديم المعرفة الصحية للطلبة، ويعد التلفزيون من أكثر وسائل الإعلام تأثيراً واستحواداً على نفوس المشاهدين بما يقدمه من برامج تعمل على تربية الفرد وتنقيفه بالمعلومات، وتزويده بالخبرات الجديدة في إطار من العرض الشيق الذي يواكب المبادئ السيكولوجية لعملية التعلم، هذا وقد دار جدل كبير حول جدوى إسهامات التلفزيون التعليمية، وبينما أظهرت نتائج بعض الأبحاث فائدة التلفزيون وقيمه في نواحي تعليمية وتربوية معينة، جاءت نتائج الأبحاث الأخرى متضاربة، وان كانت تتجه بصفة عامة إلى تأكيد أن إيجابيات التلفزيون ومحاسنه تفوق مساوئه وسلبياته.

فقد أجرى عبيد دراسة حول دور التلفزيون في إمداد الطفل بالمعلومات، على عينة مكونة من (400) طالب وطالبة في الصفوف الثلاثة الأخيرة من مرحلة التعليم الأساسي. وقد تبين أن (95.75 %) من الأطفال يشاهدون التلفزيون، وأنه أكثر تأثيراً في جمهور الأطفال وأبلغ وأعمق من تأثيره في الكبار. وإذا كانت مرحلة المراهقة المبكرة هي أخطر مراحل حياة الطالب، فإن الأمر يتطلب العناية بما يبثه التلفزيون لهذه الفئة بشكل خاص، لعدم توفر مقدرة كافية منهم على النقد والتقويم، خاصة بعد أن أصبح التلفزيون من أعظم الوسائل المؤثرة في المعتقدات، والاتجاهات، والقيم لدى الأطفال.

(بني خلف محمود، 2007: ص 718)

واستهدفت دراسة أخرى التعرف على دور مواد الرأي والاستقصاء بالصحافة المصرية في تنمية وعي الشباب المصري بالقضايا الصحية، والتعرف أيضا على عادات وأنماط تعرض العينة للصحف المصرية كمصدر للتنقيف والوعي بالقضايا الصحية. تم الاعتماد على منهج المسح بالعينة من خلال مسح الجمهور و تكونت العينة من 420 طالبا وطالبة من التعليم الثانوي والجامعي مقسمين بالتساوي، حيث تم الاستعانة بصحيفة الاستقصاء وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- جاءت الموضوعات الصحية في الترتيب الرابع من بين باقي المواضيع التي يفضل الشباب المصري قراءتها في الصحف المصرية.
- احتلت التحقيقات المرتبة الأولى من بين مواد الرأي والاستقصاء التي يفضلها الشباب المصري في زيادة وعيه ومعرفته بالقضايا الصحية.
- توجد علاقة ايجابية دالة إحصائيا بين مستوى تعرض الشباب المصري للصحف ومستوى الوعي بالقضايا الصحية لديهم.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مستوى الوعي بالقضايا الصحية للشباب المصري والجنس (ذكور-إناث) لصالح الإناث.

(عبد الغني أمين وسالم دعاء وحجازي هند، 2011)

وهدفت دراسة حسين خزاعي (2001) إلى التعرف على دور التلفزيون في تنمية الوعي الصحي باستخدام المنهج الوصفي التحليلي على عينة من المفردات للمجتمع الأردني وتوصلت الدراسة إلى أن التلفزيون مصدر أساسي في تزويدهن بالمعلومات الصحية، ويعتبر التلفزيون وسيلة فاعلة في نشر الوعي الصحي، كما يلعب القائمون بالاتصال دوراً هاماً في تطوير البرامج الصحية.

(حلس موسى و مهدي ناصر، 2010: ص 138)

وتشكل الشبكة العنكبوتية اليوم أحد أهم المصادر للمعلومات الصحية على مستوى العالم. ويستند إليها الكثير من الأشخاص للبحث عن معلومات صحية أو طبية .

وشبكة المعلومات الدولية اليوم مليئة بالمواقع التي اهتمت بتقديم محتوى متخصص حول "التثقيف الطبي" أو "التوعية الصحية"، حتى أن هناك مواقع تخصصت في التثقيف بأحد فروع الطب منها: طب الفم والأسنان، الأمراض الجلدية، الطب النفسي، الإسعافات الأولية، اضطرابات النوم، الأمراض الوراثية، والسمنة... وغيرها، بل أن بعض المواقع تقدم خدمات طبية أخرى كتقديم استشارات طبية عبر الويب مع أطباء متخصصين لإجابة المريض عما يشكو منه وتقديم مقترحات للعلاج وهو في منزله، والبعض الآخر يقدم دليلاً للأطباء في مختلف التخصصات المتواجدين في مختلف الدول العربية حتى يسهل عليك الوصول لأفضل طبيب في تخصص ما ويكون قريب من سكنك.

(لبنى الحو، 07.05.215)

فاستخدام وسائل الإعلام الالكترونية في تعزيز الصحة من الأمور الجذابة، ولذلك يتزايد استخدامها في مجال الرعاية الصحية، فقد أشار كوركوران 2007 الى انه يجب تشجيع السكان على استخدام التكنولوجيا الحديثة بوصفها وسيلة للحصول على المعلومات الصحية، حيث يمكن اطلاع أي فرد يستخدم الحاسب الآلي على الكم الهائل من المعلومات المتاحة على شبكة الانترنت، ويسمى هذا المنهج بالصحة الالكترونية e-health.

(شويخ هناء ، د.ت: ص 96-97)

رابعاً: المساجد ودور العبادة

تؤدي المؤسسات الدينية دوراً مؤثراً في نشر الوعي الصحي بين أفراد المجتمع، خاصة الأميين منهم، وأغلبهم من كبار السن ممن فاتهم قطار التعليم، وعلى رأس هذه المؤسسات الدينية المساجد، والتي تعتبر من أفضل المواقع لنشر الوعي الصحي، خاصة وأن ارتيادها يحدث يوميا . والأدوار التي تقوم بها المؤسسات الدينية في نشر الوعي الصحي تتمثل في:

1- الخطب، والمواعظ، والدروس التي تقام في المساجد، والتي لها أثر فعال في تعريف الناس بالعادات، والممارسات الصحية، التي حث الإسلام عليها، كالاغتناء بالنظافة الشخصية، ونظافة المنزل، والطرفقات، وآداب الأكل، والشراب، إلى غير ذلك.

2- نشر الكتب والمقالات التي تناول وجهة نظر الإسلام في بعض القضايا، والمشكلات الصحية مثل التدخين، تناول الخمر، المسكرات، المخدرات والأمراض الجنسية.

(الأحمدي علي، 1424 هـ : ص 41)

لذا تعد دور العبادة مصدراً خصباً للمعرفة الدينية، كما أنها تكاد تكون المصدر الأعظم للتمسك بالقيم والأخلاق والسلوكيات الصحية، فهي تقوم بدور مزدوج يتمثل في التعبد والتعلم، ويتفاوت تأثيرها من مكان إلى آخر ومن أمة إلى أخرى. كما يتم من خلالها مناقشة موضوعات صحية متعددة، مما يجعلها مصدراً إضافياً للمعلومات الصحية، ويستوجب أخذه بعين الاعتبار.

(بني خلف محمود، 2007 : ص 718)

٧. مجالات الوعي الصحي:

لقد برزت قضية الوعي الصحي وإكسابه ونشره، كأحد الأولويات والأهداف الرئيسية للتربية الصحية في هذا العصر، في زمن يتعرض فيه الفرد الإنساني إلى مخاطر صحية وبيئية متزايدة،

تتسع وتتزايد بازدياد تسارع عجلة التقدم التقني والصناعي ، الأمر الذي جعل الكثير من دول العالم تركز جهودها للتغلب على هذه المشكلات بحلول عدة ، يأتي في مقدمتها المناهج، والبرامج الدراسية ، ومحتواها الصحي ، لإكساب الفرد الوعي ، والمسؤولية اللازمة ليقى نفسه ومجتمعه من ذلك ،ومن خلال الاطلاع على الأدبيات التي كتبت في موضوع الوعي الصحي ومجالاته يمكنك إن نحددها في خمس مجالات وهي :

أولاً: الوعي الصحي الشخصي Personal Awareness

إن التوعية والإرشاد حول طرق العناية بالجسم والمحافظة على الصحة واجب كل إنسان قادر على ذلك في المجتمع ، وتبدأ من خلال إدراك العوامل المؤثرة في السلوك ومراعاتها ودراستها من مختلف الجوانب وتعتبر الوقاية من المبادئ الأساسية التي اهتم بها الإنسان منذ القدم لأنها السبيل الوحيد الذي يستطيع به الإنسان مواجهة أي مرض وأي مؤثرات سلبية .

وتبدأ الوقاية من الأمراض في منع تواجد وتكاثر الجراثيم على السطح الخارجي لجسم الإنسان، ومنعها من الدخول من خلال الفتحات الطبيعية أو من خلال الجروح، وهذا هو الذي نسميه الصحة الشخصية **personl health** وهي مجموعة الإجراءات التي يقوم بها الفرد للحفاظ على أعضائه من الأمراض ورفع درجة مقاومتها للجراثيم التي قد يتعرض لها.

(الشاعر عبد المجيد وآخرون، 2005:ص 91)

وتتعلق بتوعية الفرد بأهمية الصحة والنظافة والتغذية والنوم والعمل والراحة ومزاولة النشاط الرياضي وممارسة أوجه من النشاط الترويحي في أوقات الفراغ.

كما يجب الحرص على نظافة أطراف اليدين والقدمين وقصهم كلما دعت الحاجة، كذلك يجب العناية بنظافة الفم عن طريق غسله باستمرار وتنظيف الأسنان بالفرشاة والمعجون، بالإضافة إلي ضرورة الحرص علي تنظيف الأنف عن طريق التمخط من وقت إلي آخر وعلي الفرد أن ينظم

مواعيد زهابه إلي المرحاض، ومحاولة الاهتمام بتناول الخضروات الطازجة حتى لا يحدث الإمساك والابتعاد قدر الإمكان عن المليينات.

(سلامة بهاء الدين ، 2001:ص131)

والنظافة الشخصية من أهم وسائل المحافظة على الصحة وتشمل نظافة البدن كله مرة أو مرتين على الأقل في الأسبوع وتنظيف اليدين والفم والأنف والوجه والأذنين والشعر، وغسل اليدين قبل الطعام وبعد قضاء الحاجة وبعد ملامسة المرضى بالماء والصابون وتنظيف السبيلين بالماء بعد التبول والتبرز. ومن الضروري أيضاً المحافظة على تقليم الأظافر والعناية بالشعر وعدم البصق إلا في منديل من القماش أو الورق وتغطية الفم والأنف عند العطس أو السعال وعدم رمي القاذورات في الأماكن العامة .

إذن فالصحة الشخصية ميدان يعتمد على وقاية أو حماية الصحة والحفاظ عليها. وذلك من خلال إجراءات وقائية كالتغذية الصحية والنظافة وممارسة الأنشطة لتقوية الجسم ورفع مستوى اللياقة البدنية، وكذلك إجراء التحاليل الطبية الدورية والاستفادة من الخدمات الطبية المتوفرة في المجتمع، وتجنب أو الابتعاد عن المخاطر والعادات السلوكية غير الصحية مثل التدخين والمخدرات والعقاقير، والابتعاد عن البدانة وإتباع برامج لتخفيف الوزن بالأساليب العلمية.

(عبد العزيز مفتاح ، 2010 ص 51)

أهمية الصحة الشخصية:

1_ مقاومة تجمع وتوالد الجراثيم على السطح الخارجي للجسم.

2_ مقاومة توالد الجراثيم في الفتحات الجسم المختلفة مثل الأذن و الأنف.

3_ الحد من تواجد الأجسام الغريبة في مخلفات الأطعمة في الفم .

4- المحافظة على قوة ونشاط الجسم.

5_ إعطاء الجسم ما يحتاجه من الغذاء وراحة.

6_ المحافظ على الأعضاء الجسم سليمة بإتباع الأساليب المثالية في الحركة والنشاط.

(الشاعر عبد المجيد وآخرون، 2005:ص 91)

ولكي يحافظ الفرد على صحته الشخصية عليه أن يعمل في ثلاثة مجالات تكمل بعضها

البعض، ولا غنى له عن أي منها وهي:

أ- أن يحرص على سلامة بدنه وعقله وبيئته من خلال السلوك الصحي السليم، وأن يحافظ على

علاقات طيبة مع أفراد والمجتمع.

ب- أن يتجنب كل ما يعرضه للمرض، من ممارسات وعادات خاطئة.

ج- أن يبادر إلى الفحص الطبي المبكر، وأن يعمل على اكتشاف الأمراض والإسراع في علاجها.

ثانياً: الوعي الصحي الغذائي Dietary Awareness:

إن للغذاء أهمية كبيرة في حياة الإنسان فهو المادة الأساسية في تزويده بالطاقة الضرورية

في عملية النمو وعملية الاحتراق وترميم الخلايا التالفة وإعادة بنائها وعليه تعتمد حركة الإنسان

وفعاليتيه المختلفة، ويخل الغذاء في تركيب بعض المركبات المهمة في جسم الإنسان مثل الإنزيمات

والهرمونات وإفرازات الغدد اللعابية.

(المهجة نبال، 2009:ص 292)

أما التغذية كعلم تحتوي على التركيب الكيميائي للطعام، وطريقة هضمه وتمثيله، وأمراض

نقص التغذية، أي أن التغذية تشمل التفاعلات الطبيعية والكيميائية الضرورية لبناء الجسم والتي تعمل

على استمرار الجسم في القيام بوظائفه الفسيولوجية. (سلامة بهاء الدين، 2001:ص 79)

السليمة جزء أساسي من نمط الحياة الصحي، وهي مجموع العمليات التي يحصل الكائن الحي عن طريقها على المواد الغذائية اللازمة لحفظ حياته، وإنتاج الطاقة اللازمة لعملياته الحيوية، وأوجه نشاطاته المختلفة لمساعدته على النمو لتعويض الأنسجة التالفة.

(الجمال رضا، 2004: ص40)

وترتبط أمراض العصر كأمراض القلب والسرطان والسكري ارتباطاً وثيقاً بنوعية الغذاء . فالإفراط في تناول الأغذية الغنية بالدهون والسكريات والفيتامينات كلها عوامل مؤكدة لزيادة الاحتمالات بالإصابة بتلك الأمراض. ولاشك في أن الأمراض المزمنة والمرتبطة بالتغذية ليست فقط مقلقة وتحد من النشاط الجسدي والتطور الفكري، بل أنها مهدد وسبب رئيس للوفاة.

وترى المنظمة العالمية للصحة أن من العوامل المساعدة على حدوث الأمراض المزمنة كثرة تناول الدهون وقلة ممارسة النشاط البدني وزيادة الوزن وقلة تناول الأغذية الغنية بالألياف .

(WHO, 1995)

إن فالسلوك الغذائي يلعب دوراً مهماً في الإصابة بالمشكلات الصحية خاصة إذا تعلق الأمر بالأمراض المزمنة والتي هي نتيجة سلوك اليومية، فالسلوك الغذائي هو الطريقة التي يتبعها الشخص أو المجتمع في تناول الغذاء اليومي و يؤثر في السلوك الغذائي : نوع الغذاء، توفر الغذاء، العادات الاجتماعية والتقاليد ، الحالة الاقتصادية، المناخ و الحالة الصحية.

إن السلوك الغذائي السليم هو أحد أهم روافد البناء الصحي المحكم، والغذاء الصحي طريق آمن للصحة السليمة، كما أن السلوك الغذائي غير الصحي ذو أثر كبير على الصحة حاضراً ومستقبلاً. فمن المتعارف عليه أن التغذية غير الصحية من مسببات ارتفاع ضغط الدم وظهور داء

السكري والبدانة وهشاشة العظام، وزيادة نسبة الدهون في الدم وأمراض الأسنان والعديد من الأمراض الطارئة والمزمنة، كما أن لبعض الأغذية دور في ظهور بعض أنواع السرطانات.

(الركبان محمد، 2009:ص 79)

لذا كان لزاما نتيجة التزايد المذهل للأمراض ذات العلاقة بالتغذية إلى إعداد برامج تهتم بالتنوعية الصحية الغذائية وذلك من اجل رفع الوعي الصحي الغذائي للأفراد. وهو معرفة وفهم المعلومات الخاصة بالغذاء والتغذية الصحيحة ، والقدرة على تطبيق هذه المعلومات في الحياة اليومية، بصورة مستمرة تكسبها شكل العادة التي توجه قدرات الفرد في تحديد واجبات المنزلية المتكاملة التي تحافظ على صحته وحيويته وذلك في حدود إمكانياته.

(القومي عبد الناصر و زايد كاشف، 2009: ص 9)

يتبين من خلال هذا التعريف انه يركز على الممارسات الغذائية السليمة بهدف الحفاظ على الصحة،حيث أن عادات الإنسان الغذائية تلعب دورا كبيرا في وقاية الإنسان وحتى علاجه من الكثير من الأمراض،فكلما كانت عاداتنا صحية وسليمة كلما تمتعنا بحياة آمنة خالية من المشكلات الصحية.

ويقصد بالوعي الغذائي أيضا تنمية وعي أفراد المجتمع بأهمية التغذية الصحيحة وتفهم مبادئها الأساسية التي تشكل وحدة متكاملة يتم بدراستها تحقيق الأهداف العامة للتربية الغذائية ويمكن أن تعطى كمناهج مستقلة ولاسيما في الصفوف المتقدمة من مراحل التعليم.

(فخرو عائشة ، 2003: ص 25)

وتعرفه الباحثة على انه اكتساب تلاميذ السنة الثالثة من التعليم المتوسط المعارف والاتجاهات والسلوكيات الغذائية الصحية الصحيحة والتي بدورها تعمل على الوقاية من الأمراض المعاصرة المرتبطة بممارسة السلوكيات الغذائية الخاطئة والتي تمثل خطراً على حياتهم حالياً وفي المستقبل .

وتلعب المدرسة دورا كبيرا في تغيير السلوك الغذائي لمعظم الأطفال والاختلاط مع الجماعات يكسب الطفل والمراهق خبرات جديدة ينقلها إلى المنزل. وفي مرحلة المراهقة يحدث تغيير ملموس في السلوك الغذائي للمراهق نتيجة التغيرات الفسيولوجية التي تحدث له إذ يزداد نمو وسعة المعدة وهذا يؤدي إلى زيادة الشهية والإقبال على الطعام. ويبدأ السلوك الغذائي للإناث في الاختلاف لان الفتاه تبدأ بالاهتمام بقوامها وإتباع حميات غذائية قد تؤدي إلى ظهور أمراض سوء التغذية .

إن عملية النضج الجنسي والنفسي للمراهق قد تنعكس على عاداته الغذائية فقد يرفض اقتراحات الوالدين حول التغذية ويتناسى وجبة الإفطار ويرفض تناول أنواع من الأطعمة كنوع من إثبات الذات ويتأثر بأصدقائه فتراه يفضل تناول الوجبات السريعة خارج البيت والإكثار من المشروبات الغازية وعدم التقيد بأوقات الوجبات وهنا يمكن للأبوين مساعدته في المحافظة على وضعه الغذائي بالتربية الغذائية السليمة ودعمها بمناهج مدرسية تمكنه من تغيير عاداته الصحية الخاطئة إلى أخرى سليمة وصحية.

والتربية الغذائية هي تلك العادات والسلوكيات المرتبطة بالغذاء، والتي من شأنها أن تحسن صحة الفرد والمجتمع وتصوره من الأمراض.

(فخرو عائشة ، 2003: ص 24)

أما الثقافة الغذائية فهي مجموعة المفاهيم والمدرجات والعادات والممارسات المرتبطة بالغذاء والتغذية التي تتوافر لدى الفرد، والتي تتدخل في رسم وضعه الصحي طوال حياته، الأمر الذي أوضح أهمية تنمية الثقافة الغذائية لدى الجميع، فالثقافة الوحيدة التي يولد بها الإنسان هي كيف يأكل، وهي ذاتها قد تكون الثقافة الوحيدة التي يحيا الإنسان طوال حياته لا يحرص عليها، تلك تكون واحدة من أهم معوقات التنمية في أي مجتمع. والثقافة الغذائية ضرورة حتمية للتنمية

المجتمعية الشاملة. فسلوك الآباء يشكل عادات الأبناء، و العادات الغذائية في الصغر تتحول إلى نمطا سلوكيا في الكبر.فتتوالى سلسلة من السلوكيات والعادات من جيل لآخر لتساهم في رسم ملامح تنمية مجتمعهم. وعليه فالوعي الغذائي حاجة لمختلف الفئات على كافة المستويات.

(عزمي مجدي ، 20-03-2014)

ثالثا: الوعي الصحي الرياضي:

شهدت السنوات الأخيرة تزايد اهتمام العلماء والمختصين بممارسة الأنشطة البدنية، ليس بهدف المنافسة، ولكن كنوع من وسائل الوقاية والعلاج من الأمراض المرتبطة بقلّة الحركة والتأثيرات السلبية والأضرار النفسية والاجتماعية الناتجة عن ضغوط الحياة اليومية في ظل التقدم التكنولوجي السريع الذي يشهده العالم مثل التوتر وزيادة القلق،ويرجع هذا الاهتمام إلى نتائج الدراسات التي أظهرت بصورة متكررة أن أغلب فئات المجتمع لا يمارسون قدرًا كافيًا من النشاط البدني لتحقيق الصحة المثالية والعافية خاصةً في ضوء قلّة حركة الأفراد نتيجة لاستخداماتهم للتقنيات التي تقدمها الاختراعات التكنولوجية الحديثة والتي تكفل لهم الراحة في حياتهم العامة سواء في مجالات العمل أو المنزل دون الحاجة للحركة.

(الجفري علي، 2014 : ص 1900)

وارتبطت الصحة ارتباطا لا حدود له بالنشاط البدني وأطره المختلفة كالرياضة والألعاب والرقص والتمارين وغيرها، ولقد أدرك الإنسان هذه العلاقة منذ قديم الأزل ثم أكدتها البحوث العلمية والدراسات في العصر الحديث، وتتمثل هذه العلاقة من خلال أبعاد كثيرة على قمتها أن الصحة بمفهومها الشامل هي أهم نتائج وفوائد الممارسة المنظمة المقننة للنشاط البدني.

(الخولي أمين، 2001: ص 75)

والنشاط البدني (Physical activity) هو حركة جسم الإنسان بواسطة العضلات مما يؤدي إلى صرف طاقة تتجاوز ما يصرف من طاقة أثناء الراحة. كالقيام بالأعمال البدنية اليومية من مشي وحركة وتنقل وصعود الدرج، أو العمل البدني في المنزل أو الحديقة أو المزرعة، أو القيام بأي نشاط بدني رياضي أو حركي تروحي. يتضح إذن أن النشاط البدني هو سلوك يقوم به الفرد بغرض العمل أو الترويح أو العلاج أو الوقاية، سواء كان عفويًا أو مخططاً له.

وهناك نوعان من النشاط البدني، نشاط نمط حياة و نشاط بنائي أو منهجي:

1- **نشاط نمط الحياة** و يتكون من نشاطات مثل المشي وصعود السلالم والقيام بالأعمال

المنزلية واللعب

2- **النشاط البدني البنائي** ويتكون من برامج مثل الرياضة وبرامج تعليمية في الرقص وألعاب

الجمباز والسباحة وضعت لتزيد من نوعية و/أو كثافة النشاط البدني .ويساعد النشاط البدني

البنائي الأطفال والمراهقين في تحقيق تقوية العضلات والقدرة والمرونة ولياقة القلب

والأوعية وأيضاً تحقيق وزن صحي والمحافظة عليه. وتشتمل برامج النشاط البدني البنائي

على فئتين: برامج التدريب البدني أثناء الدراسة و برامج النشاط البدني غير المنهجية داخل

أو خارج المدرسة. وتوجد إرشادات تقييم وتنظيم البرامج المدرسية والاجتماعية لتعزيز

النشاط البدني لدى الأطفال والمراهقين .وهذه الإرشادات تعنى بالسياسة والبيئة والتدريب

البدني والتثقيف الصحي والنشاطات غير المنهجية واستخدام الوالدين والتدريب الشخصي

وخدمات الصحة والبرامج الاجتماعية وبرنامج التقييم.

(أدوات النشاط البدني، 28-12-2014)

ويذكر هولبي و دون فرانكز 1992 (Howley & Don Franks) ان النشاط البدني يقلل من التوتر الناتج عن الإرهاق في العمل، ويحقق التوازن النفسي للفرد، ويعمل على الارتقاء بوظائف الجسم الحيوية، كما يقلل من احتمالية التعرض للمشكلات المرضية المتعلقة بصحة الشخص.

(الخاجة هدى 2001: ص 138)

ومن الثابت علمياً في وقتنا الحاضر أن الممارسة المنتظمة للنشاط البدني المعتدل الشدة (على الأقل) وارتفاع اللياقة البدنية للفرد تحلان في طياتهما تأثيرات إيجابية جمة على وظائف الجسم المختلفة، وتعودان بفوائد صحية كثيرة على الإنسان. وعلى العكس من ذلك فإن الخمول البدني والركون للراحة يقودان إلى جملة من الآثار السلبية على صحة الفرد والمجتمع على السواء. وتشير الإحصائيات في الولايات المتحدة الأمريكية إلى أن 35 % من وفيات أمراض القلب التاجية، و 35 % من وفيات داء السكري، و 32 % من وفيات سرطان القولون تعزى للخمول البدني .

(الهزاع هزاع ، 2004: ص 141)

وتعرف التربية البدنية بأنها: "جزء من التربية العامة والتي تهدف إلى تنمية شخصية الفرد عقليا وبدنيا ونفسيا واجتماعيا بصورة متكاملة من خلال ممارسة النشاط الرياضي تحت إشراف قيادة واعية"

(القدومي عبد الناصر و زايد كاشف، 2009: ص 4)

وهي أسلوب للحياة وطريقة مناسبة لمعايشة الحياة وتعاطيها من خلال خبرات الترويح البدني واللياقة البدنية والمحافظة على الصحة وضبط الوزن وتنظيم الغذاء والنشاط، وهو مفهوم يتسق مع التربية مدى الحياة .

(الخولي امين ، 2001 ص 30)

فهي إذن نظام تربوي واحد مجالات التربية العامة، وهي تعمل على تربية الفرد وإعداده عن طريق النشاط البدني الذي يمارسه بتوجيه وإشراف من قبل المختصين، والذي يجب أن يتناسب مع مراحل النمو المختلفة، وذلك لاكتساب المهارات الحركية المختلفة وتنمية اللياقة البدنية وتحسين الصحة.

(سلامة بهاء الدين ، 2001: ص 44)

ولقد بينت الدراسات السيكولوجية الحديثة الدور البارز الذي تلعبه التربية البدنية والرياضية في الصحة النفسية، وتعتبر عنصر فعال في تكوين شخصية الفرد ، كما تنمي لدى الطفل الشعور بالذات لذلك نقول أن التربية البدنية والرياضية تسعى إلى النمو الجسماني وتكثف النشاط الحركي وتهذب الخلق وتكون الشخصية وتنمي الشجاعة والتعاون والطاعة والتوافق الجسمي الحركي والعصبي والعضلي.

وفي دراسة قام بها كل من سودان وويلز Sudan and Wells, 1980 بهدف معرفة التعليم المرتبط وأثره على اتجاهات التلاميذ نحو درس التربية الرياضية توصلت النتائج إلى أن تدريس المعارف والمعلومات والحقائق أدى إلى تنمية الاتجاهات الموجبة نحو التربية الرياضية وأن هناك علاقة طردية ما بين مستوى اللياقة البدنية لطلاب الصف الثامن واتجاهاتهم نحو التربية الرياضية.

(خميس محمد، 2002: ص 419-420)

وتشير الأبحاث التي أجريت لمعرفة مستوى النشاط البدني الممارس لدى الأطفال وإلى معرفة مستوى اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لهم في العديد من المجتمعات ومنها المجتمع الأردني إلى وجود انخفاض كبير في مستوى النشاط البدني الممارس ووجود انخفاض حاد في مستوى اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة خاصة عنصر اللياقة القلبية التنفسية هذا إضافة إلى وجود نسب مقلقة لارتفاع مستوى دهنيات الدم الخطرة وانتشار البدانة والزيادة في الوزن ويرجع ذلك إلى أن نسبة

كبيرة من الأطفال أصبحوا ينتقلون من وإلى المدرسة بواسطة الحافلات إضافة إلى كم الوقت الهائل الذي يقضونه في مشاهدة التلفاز واستخدام الحاسب الآلي. كما أن بعض المدارس التي تنخفض فيها إقامة النشاطات الرياضية الموجهة إلى الطلبة ترتفع لدى طلبتها نسب انتشار البدانة وزيادة احتمالات إصابتهم بالأمراض المرتبطة بقلة الحركة مستقبلاً.

(ذيب ميرفت، 2013، ص 94-95)

وفي دراسة للعلاقة بين اتجاهات طلاب جامعتي يونج نام (Yeungnam) وتشانج نام (Chungnam) بكوريا نحو التربية الرياضية ومستوى ممارستهم للنشاط الرياضي توصل يونج بي (Yong Bae, 1998) إلى ما يلي:

- الطلاب الكوريون لديهم اتجاهات إيجابية نحو النشاط الرياضي.
- يمارس طلاب جامعة يونج نام (Yeungnam) النشاط الرياضي أكثر من طلاب المدارس الثانوية الحكومية.
- يوجد اختلافات بين الذكور والإناث في اتجاهاتهم نحو النشاط الرياضي وفي عدد ساعات ممارستهم للأنشطة الرياضية.
- هناك علاقة ذات دلالة بين اتجاهات الطلاب نحو التربية الرياضية وعدد الساعات الأسبوعية لممارستهم الفعلية للأنشطة الرياضية.

(زايد كاشف و الجبالي مصطفى والشعيلي علي، 2004: ص 49)

ويعد النشاط الرياضي المدرسي أحد أهم مجالات النشاط التربوي المدرسي وإن ممارسته هو أمر محبب لدى الطلبة في جميع المراحل الدراسية، وله دور وتأثيره على الفرد في جميع جوانبه الجسمية والعقلية والنفسية والاجتماعية كذلك يلعب دوراً مهماً في تنمية القيم الخلقية ويعدل في بناء شخصية الفرد الممارس، والمواقف المختلفة التي يواجهها ،

وصقل المواهب وتهذيب النفوس، وتنوع السلوك، وإعداد الشخصية السوية المتوازنة كذلك يفيد في استثمار الوقت كما يفيد المتعلم ويحافظ على صحته ونشاطه .

(دويكات بدر، 2013 : ص 2382)

ومن خلال دراسة أجرتها جامعة كانساس في أمريكا على عينة من الطلبة الأمريكيين من المرحلة الدراسية الأساسية لمدة ثلاث سنوات بهدف معرفة التغيرات التي يمكن أن تحصل على مستوى التحصيل الدراسي لهم وعلى بعض القياسات الجسمية ومن أهمها مؤشر كتلة الجسم نتيجة لزيادة مستوى الإشراف في النشاطات البدنية المدرسية قياساً إلى مجموعة ضابطة استنتج أن زيادة مدة الإشراف في الأنشطة البدنية المدرسية سوف يكون له تأثير إيجابي ذو دلالة إحصائية على زيادة مستوى الإنجاز الأكاديمي للطلاب، إضافة إلى وجود تزايد إيجابي في مؤشر كتلة الجسم.

(ذيب ميرفت ، 2013 : ص 95)

الفوائد الصحية الناجمة عن ممارسة النشاط البدني بانتظام لدى الناشئة:

- تحسن اللياقة القلبية التنفسية، وانخفاض ضربات القلب في الراحة وفي الجهد دون الأقصى.
- تحسن اللياقة العضلية الهيكلية.
- ارتفاع مستوى الكوليسترول عالي الكثافة (الجيد) في الدم
- انخفاض مستوى الدهون الثلاثية في الدم
- انخفاض مستوى كل من الكوليستيرول الكلي والكوليستيرول السيئ في الدم
- انخفاض نسبة الشحوم في الجسم.
- انخفاض ضغط الدم الشرياني (خاصة إذا كان مرتفعاً)
- زيادة انحلال مادة الفيبرين في الدم، مما يساعد على سيولة الدم.
- الإقلال من التصاق الصفائح الدموية، مما يخفف من فرص حدوث الجلطة.
- زيادة حساسية خلايا الجسم للأنسولين، مما يخفف سكر الدم.
- تحسين أيض الكربوهيدرات.
- ارتفاع القدرة على تحمل الجلوكوز.
- تحسين وظائف الخلايا المبطنة للأوعية الدموية

- زيادة مصروف الطاقة، مما يساعد على الوقاية من السمنة.
- زيادة كثافة العظام، مما يقلل احتمال الإصابة بهشاشة العظام.
- خفض القلق والتوتر والكآبة.
- خفض تأثير هرمون الكاتوكولامين على القلب، مما يقلل من اضطراب النبض.
- خفض احتمالات الإصابة بسرطان القولون.

(الهزاع هزاع ، 2004: ص147)

ولذلك فإن الطلبة في المراحل الأساسية بحاجة إلى اكتساب المعرفة والمهارات والقيم التي من شأنها تحسين صحتهم، وبالتالي معرفة كيفية وقاية أنفسهم من الأمراض، حيث إن اكتساب هذه المهارات والعادات والاتجاهات الصحية السليمة ينمي الوعي الصحي لديهم، وتجعلهم قادرين على اختيار العادات والممارسات التي تجعل نمط حياتهم صحي خالي من شتى الأمراض ومن أهم جوانب الوعي الصحي التي يجب تنميتها الوعي الصحي الرياضي وهو كم ونوع المعلومات التي يمكن أن يتحصل عليها الفرد حول مواضيع لها علاقة بالأنشطة الرياضية والتي تساعد على اكتساب أنماط سلوكية حركية صحية تقيه من الأمراض و المحافظة على صحته البدنية و النفسية و العقلية.

أهداف التربية الرياضية في مرحلة الإعدادية (التعليم المتوسط):

تهدف التربية الرياضية في المرحلة الإعدادية إلى:

1- العمل على الوقاية الصحية للتلاميذ من خلال ممارسة كافة البرامج والأنشطة الخاصة بالتربية الرياضية والعمل على تنمية القوام السليم بالتعاون مع الهيئات المدرسية المعنية بالصحة.

2- غرس العادات الصحية السليمة للوقاية من العادات الخاطئة.

3- تعليم المهارات الحركية للأنشطة الرياضية التي تنفق مع المستوى السنوي للمرحلة.

- 4- التدريب على تطبيق المهارات البدنية والفنية والخطوية وصولاً إلى تنمية القدرات الحركية والمهارات البدنية الخاصة من خلال الأشكال التنافسية داخل المدرسة وخارجها.
- 5- تنمية المهارات البدنية العامة النافعة في المستقبل في إطار التربية للحياة.
- 6- رعاية النمو النفسي لتلاميذ المرحلة بالتوجيه السليم لإبراز الطاقات الإبداعية الخلاقة وذلك في ضوء السمات النفسية لهذه المرحلة السنية.
- 7- تنمية الروح الرياضية والسلوك الرياضي السليم وتدريب التلاميذ على القيادة والتعرف على الحقوق والواجبات وتنمية صفات التعاون والاحترام المتبادل.
- 8- العمل على نشر الثقافة الرياضية لدى التلاميذ كجزء من الثقافة العامة وتقديم الخبرات المتعلقة بالتربية الرياضية.

(العطير يسرى، 2009: ص 13)

إذن من هنا يمكن أن نؤكد أن الاهتمام بالتربية البدنية يساهم في وقاية النشء من الأمراض العضوية والنفسية، الانحرافات السلوكية و المشاكل الاجتماعية، لينموا نموا سليماً ليس فقط من الناحية البدنية بل من النواحي النفسية و الاجتماعية و العقلية.

رابعاً: الوعي الصحي البيئي:

يشمل مفهوم البيئة كل ما يحيط بالفرد من أشياء، سواء كانت جمادات كالمباني والأدوات أو حية كالإنسان والحيوان والنبات، بالإضافة إلى الجانب الاجتماعي بما فيها من العلاقات التي تنشأ بين الأفراد كالعادات والقيم والتقاليد.

إن كل هذه العناصر البيئية يتأثر بها الفرد ومن ثم يؤثر فيها، ومن هنا كان ضرورياً الاهتمام بكل هاته العناصر حتى تصبح مؤثرات ايجابية على صحة الفرد والمجتمع، فالاهتمام

بنظافة البيئة وحمايتها من التلوث، وإعداد المسكن الصحي النظيف وتوفير مياه الشرب النقية والتخلص من كافة الملوثات والنفائات، ومكافحة الحشرات الضارة بصحة الأفراد كل ذلك يؤدي إلى حماية الأفراد من خطر الإصابة بالأمراض المعدية، وبالتالي الرفع من المستوى الصحي لديهم. ولا يتحقق هذا إلا بخلق الوعي الصحي البيئي ونشر الثقافة الصحية البيئية مما ينعكس على سلوك الأفراد مما ينعكس جليا على البيئة من خلال حمايتها وصيانتها.

فالتربية البيئية تعني تعلم كيفية إدارة وتحسين العلاقات بين الإنسان وبيئته بشمولية وتعزيز، كما تعني التربية البيئية كذلك تعلم كيفية استخدام التقنيات الحديثة و زيادة إنتاجيتها و تجنب المخاطر البيئية وإزالة العطب البيئي القائم واتخاذ القرارات البيئية العقلانية.

(الراتب سعود، 2003 : ص 214)

وعرفت التربية البيئية كما جاء في ندوة بلغراد بأنها: " ذلك النمط من التربية الذي يهدف إلى تكوين جيل واع ومهتم بالبيئة وبالمشكلات المرتبطة بها، واديه من المعارف والقدرات العقلية والشعور بالالتزام ما يتيح له أن يمارس فرديا وجماعيا حل المشكلات القائمة، وان يحول بينها وبين العودة إلى الظهور".

(قمر عصام و مبروك سحر، 2004: ص 57)

أما الوعي البيئي فيشير إلى درجة الإدراك على المستويين الفردي والمجتمعي لأهمية المحافظة على البيئة وحمايتها والتعامل معها، دون الجور عليها لتطويعها من اجل تحقيق غايات فردية سريعة للإنسان في المدى القصير تلحق بالبيئة أضرارا على المدى الطويل.

(عفيفي السيد ، 1996: ص 217)

وهذا ما يجب أن تتضمنه المناهج المدرسية للمساهمة في تنمية معلومات الطلبة ومهاراتهم واتجاهاتهم وميولهم وقيمهم بحيث تصبح جزءاً من تفكيرهم وسلوكهم، ولن يتسنى هذا إلا عن طريق التربية البيئية في المدارس والتي هي " جهد تعليمي موجه أو مقصود نحو التعرف وتكوين المدركات لفهم العلاقات المعقدة بين الإنسان وبيئته بأبعادها الاجتماعية والثقافية والاقتصادية والبيولوجية والطبيعية حتى يكون واعياً بمشكلاتها وقادراً نحو اتخاذ القرار نحو صيانتها والإسهام في حل مشكلاتها من أجل تحسين نوعية الحياة لنفسه ولأسرته ولمجتمعه وللعالم" .

(قمر عصام و مبروك سحر، 2004: ص 59)

ولما نركز على هذا الشق فإن أهداف التربية البيئية ستكون ذات خصوصية تتمثل في:

-مساعدة التلاميذ و الطلاب على فهم موقع الإنسان النظام البيئي و الإمام بعناصر العلاقات المتبادلة التي تؤثر في ارتباط الإنسان بالبيئة.

-لإيضاح دور العلم و التكنولوجيا في تطوير علاقة الإنسان بالبيئة و مساعدة التلاميذ و الطلاب على إدراك ما يترتب عن اختلال توازن العلاقات من نتائج قد تؤثر في حياة الإنسان.

-إبراز فكرة التفاعل بين العوامل الاجتماعية و الثقافية و القوى الطبيعية و مساعدة الطلاب على إدراك تصور متكامل للإنسان في إطار بيئته.

-تكوين وعي بيئي لدى الطالب و تزويده بالمهارات و الخبرات و الاتجاهات الضرورية التي تجعله إيجابياً في تعامله مع البيئة.

-تأكيد أهمية التعاون بين الأفراد و الجماعات و الهيئات للنهوض بمستويات حماية البيئة .

(السعود راتب، 2004 : ص217)

خامسا: الوعي الصحي الوقائي:

إن أسباب اختلال وتدهور حالة الفرد الصحية تغيرت بتغير المجتمعات فبينما كان السبب الرئيسي للوفيات في بداية القرن 20 يعود إلى الأمراض المعدية والأوبئة الناتجة عنها، أصبحت الأمراض المزمنة السبب الرئيسي للوفيات في عصرنا هذا، ويعود الدور الأساسي في السيطرة على الأمراض المعدية إلى إجراءات الوقاية التي كانت تقوم بها الدول المعرضة لذلك والمتمثلة في التلقيح ، التغذية الصحية ، المضادات الحيوية و النظافة ... الخ.

ولا يزال للوقاية دور هام جدا في حماية مجتمعاتنا اليوم من خطر الأمراض المزمنة خاصة منها السكري ، أمراض القلب والسيدا...الخ

ولذا فقد مورست الوقاية منذ نشأتها بهدف تجنب المرض وفي هذا السياق نشأت المرافق الصحية العامة التي تحولت في مجرى التاريخ إلى الشكل المؤسساتي مستخدمة ضمن إجراءاتها تقديم المعارف الطبية ،وقد شكلت كل من الجائحة والوقاية من المخاطر الصحية الكامنة ومعالجة الأمراض العناصر الأساسية لهذه المرافق الصحية العامة .

والوقاية هو علم وفن الوقاية من الأمراض وتقوية الصحة ، سواء على مستوى الفرد أو المجتمع .

(فريجات حكمت، 1990 : ص08)

والوقاية ليست عبارة عن مجال تصرف محدد وإنما هي أقرب لأن تكون تسمية جامعة للتصرفات التدخلية من أجل ضمان الصحة وهي لا تتجه إلى الأمراض الواضحة القابلة للتشخيص، وإنما تحاول إعاقة ظهور الاضطرابات والأمراض بطريقة نوعية وغير نوعية وهذه المحاولة لإعاقة ظهور الاضطرابات والأمراض تتم من خلال الفرضية الأساسية القائلة أن الأمراض

مرتبطة بعمليات نمو مرضية لا تكتمل في صورتها النهائية وفق قانونية طبيعية وإنما يتم التأشير عليها باعتبارها صيرورة تفاعلية بين الشخص والمحيط.

ومن هنا فالوقاية ترتبط بصورة وثيقة بأسباب وعوامل الخطر التي تقود إلى حدوث الاضطراب .

(رضوان سامر ، 2008:ص1-2)

وتشكل الإجراءات الوقائية ثلاث إستراتيجيات مختلفة :

1. الوقاية الأولية : تعمل على منع حدوث المرض والاضطرابات الصحية الأخرى، وذلك من

خلال إجراءات التربية الصحية وتعديل السلوك الصحي والإجراءات الوقائية الأخرى .

2. الوقاية الثانوية : وهي إستراتيجية وقائية تعمل على منع انتشار الأمراض والاضطرابات

الصحية الأخرى من خلال التشخيص المبكر والإجراءات الوقائية والعلاجية المناسبة التي

غالباً ما تستهدف المجموعات الهشة .

3. الوقاية من الدرجة الثالثة: وهي تعمل على تقليل المضاعفات الصحية أو العجز الناجم عن

الأمراض والإعاقات التي قد تصيب الفرد وذلك من خلال التأهيل الفعال والخدمات الصحية

والنفسية والاجتماعية المناسبة.

(يخلف عثمان، 2001:ص15)

أما التربية الوقائية فهي مدى إلمام الطالب بقدر مناسب من المعلومات والمفاهيم الصحية و

الاتجاهات المناسبة نحو بعض القضايا والمشكلات الصحية و مهارات التفكير العلمي اللازمة

لإعداده للحياة كمواطن ، قادر على التصرف الصحيح في مواجهة بعض المشكلات الصحية التي قد

يتعرض لها. (الفرع صلاح الدين ، 2008 :ص12)

إذن فالتربية الوقائية مجموع المفاهيم والاتجاهات التي يجب أن يلم بها الطالب لتنظيم العلاقة بين الإنسان وبيئته بهدف حمايته من المخاطر الصحية والنفسية والتي تؤثر عليه وعلى الآخرين.

أما الوعي الوقائي فهو القدرة على قراءة العلامات الخفية أو الضعيفة المتأنية من المحيط والذات والتي تنذر بوقوع الخطر، فالوعي الوقائي من منظور نفسي ليس كامناً في رصد الخطر إذا وقع بقدر ما يكون كامناً في رصد علامات الخطر عن بعد حتى يتهيأ المرء لمجابهتها والتعامل معها بنجاح.

(صبري ماهر و محمد أسامة ، 2007: ص 139)

والمجتمع الذكي هو الذي يهيئ المناخ الاجتماعي والثقافي والصحي الذي يساعد على النمو السوي للفرد والجماعة، والذي يكفل الوقاية من المرض، باعتبارها خيراً من العلاج، كما يدخل في ذلك ضرورة الاهتمام بالنواحي النفسية والتأهيلية في وسائل الإعلام والمدارس ومؤسسات العمل.

(مفتاح عبد العزيز 2010: ص 57)

وهذا ما يجب أن تركز عليه المدارس من خلال المناهج وتضمينها لمواضيع حول كيفية وقاية الإنسان منذ السنوات الأولى من حياته من الإصابة بالأمراض والمشكلات الصحية، حيث يجب على الفرد تبني سلوكيات صحية والتمتع بمستوى من الوعي الصحي يدفعه دائماً إلى مراعاة تصرفاته اليومية مثل، غسل الأيدي قبل وبعد الطعام للوقاية من الجراثيم والميكروبات الناتجة عن الاحتكاك بالمحيط الخارجي، الجلوس الصحي أثناء الأكل لتفادي المشاكل الهضمية والقوامية، شرب الكمية الموصى بها من الماء في اليوم لتفادي أمراض القولون والإمساك، حمل ما يتحمله جسم الإنسان من إقبال لتفادي أمراض العمود الفقري وفقراته، الاعتماد على الأكل داخل البيت وتفادي الوجبات السريعة لتجنب السمنة ومضاعفاتها... الخ.

VI. صفات الشخص الواعي صحيا:

يرى صالح 2002 أن الشخص الواعي صحيا هو الشخص الذي لديه القدرة على:

أ - التفكير الناقد وحل المشكلة :الفرد الواعي صحيا هو شخص يفكر تفكيرا ناقدا، ويحل المشكلة التي يحددها ويواجهها بشكل ابتكاري في مستويات متعددة بدء من المستوى الشخصي انتهاء إلى المستوى العالمي.

ب - المسؤولية والإنتاج :الفرد الواعي صحيا هو مواطن مسؤول ومنتج، ومدرك لواجباته لضمان وصولها إلى مجتمعه المحلي حتى يجعله أكثر صحة وأمنا، وعلى ذلك فهو شخص يتجنب السلوكيات التي تقف أمام تهديد الصحة والأمان لنفسه والآخرين، ويطبق المبادئ التنظيمية والديمقراطية في اندماجهم مع الآخرين للحفاظ على الصحة الشخصية والأسرية والمجتمعية والعمل على تحسينها.

ت - التعليم الموجّه ذاتيا :الفرد الواعي صحيا هو :شخص متعلم بطريقة ذاتية، ولديه القدرة على القيادة في تعزيز الصحة، ولديه الأساس المعرفي للوقاية من الأمراض.

ث - الاتصال بفاعلية :الفرد الواعي صحيا هو شخص له القدرة على الاتصال بفاعلية، فهو ينظم وينقل معتقداته وأفكاره، ويوفر مناخا مناسباً لفهم الآخرين والاعتناء بهم، والاستماع إليهم، وتقدير سلوكيات معرزة ومشجعة لهم للتعبير عن أنفسهم.

(فضة سحر ، 2012: ص ص 27-28)

وهذا ما تسعى إليه الباحثة من خلال برنامج التربية الصحية الموجه لتلاميذ السنة الثالثة من التعليم المتوسط، وهو أن يصبح كل فرد واعي صحيا من خلال قدرته على اتخاذ القرار السليم حول صحته وصحة غيره في الوقت المناسب، وكذلك نقل معارفه الصحية للآخرين كالأسرة والزملاء، وأيضا التمتع بأساس معرفي حول كل المشكلات الصحية والأمراض التي يمكن أن يتعرض لها الإنسان وكيف يمكن مواجهتها.

خلاصة:

من خلال ما تم التطرق إليه نرى أن الوعي الصحي أصبح ضرورة حتمية لعصرنا هذا، ففي ظل المشكلات الصحية المتراكمة والمتزايدة يوماً عن يوم أصبح من الضروري على الأفراد وكذا المؤسسات والهيئات العمل على نشر الوعي الصحي من خلال مختلف مؤسسات المجتمع ابتداءً من الأسرة فالمدرسة ثم وسائل الإعلام... الخ من أجل خلق فرد واعي صحياً قادراً على اتخاذ قرارات صحية بشأن المشكلات الصحية التي يمكن أن تواجهه في حياته اليومية، وقد يلقي العبء الأكبر على المدرسة لكونها المؤسسة التي تحتضن الفرد لسنوات عديدة وعبر مراحل حياته المختلفة وذلك من خلال مناهجها المتعددة، وجعل الوعي الصحي هدفاً لها من أجل إعداد فرد يتمتع بصحة جيدة وقادر على النجاح في كل المجالات وليس في المجال التعليمي فقط.

الجانب الميداني

الفصل الخامس: إجراءات الدراسة الميدانية

تمهيد:

إن لكل دراسة ميدانية جانبها النظري ، والذي هو أساسها للتعرف على متغيرات البحث وأسسها النظرية ، لكن لن يكتمل إلا بوجود الجانب التطبيقي الذي يهدف إلى التحقق من كل ما جاء في الجانب النظري ، ويشمل الجانب التطبيقي عموماً على إجراءات الدراسة التي نبدأها بالدراسة الاستطلاعية والتي احتوت على عينة الدراسة ، أدوات الدراسة وخصائصها السيكمترية وخطوات إعداد برنامج التربية الصحية ، ثم نستعرض الدراسة الأساسية من خلال منهجها، عينتها ، أدواتها ، كيفية التطبيق وجمع البيانات ، معالجتها إحصائياً ، نتائجها ووصولاً إلى مناقشتها .

أولاً: إستشارة مديرية التربية لولاية باتنة:

قامت الباحثة بأخذ الموافقة على إجراء الدراسة الميدانية وتطبيق برنامج التربية الصحية داخل المؤسسات التربوية عن طريق الإرسال الموجه من طرف الأستاذ المشرف على الأطروحة إلى السيد مدير مديرية التربية لولاية باتنة (الملحق رقم (1) الإرسال الموجه إلى مديرية التربية) وهذا يعد من بين أهم الصعوبات التي واجهتها الباحثة حيث إستغرق هذا الأمر مدة شهرين .
وقم تم السماح للباحثة بعد ذلك بإجراء الدراسة (الملحق رقم (2) الترخيص من طرف مديرية التربية بإجراء الدراسة الميدانية) بثلاث مؤسسات تربوية متواجدة بدائرة عين التوتة ولاية باتنة وهي :

- متوسطة سيود علي

- متوسطة احمد بن كرامة

- ثانوية يحيياوي موسى

وبعد هذا توجهت الباحثة إلى متوسطات سيود علي و احمد بن كرامة، حيث تم إجراء الدراسة الاستطلاعية بالمتوسطة الأولى والدراسة الأساسية بالمتوسطة الثانية.

ثانياً: الدراسة الاستطلاعية:

I. إجراءات الدراسة الاستطلاعية

1- مجتمع الدراسة :

تمثل مجتمع الدراسة في كل تلاميذ السنة الثالثة متوسط والمسجلين نظامياً خلال السنة الدراسية 2014-2015 بمتوسطات دائرة عين التوتة ولاية باتنة.

وتم استبعاد الفئات التالية:

- التلاميذ المصابين بإعاقات مثل: إعاقه حركية أو إعاقه بصرية تمنعه من أداء أي نشاط رياضي.

- التلاميذ المصابين بأمراض مزمنة كالسكري وأمراض القلب وأمراض ذات علاقة بالغذاء كالحساسية والتلاميذ المعفون من مادة التربية البدنية لأسباب صحية.

وكان المجتمع الأصلي للبحث بخصائصه من أهم أسباب اختيار موضوع الدراسة، حيث انه وبعد الاطلاع على كتب العلوم والتربية المدنية للسنوات الأربعة من التعليم المتوسط والتي من أهم المواد الأساسية التي يمكن أن تحتوي على مواضيع ذات صلة بالصحة ، لاحظت الباحثة أنها تفتقر إذا لم نقل تنعدم فيها مواضيع صحية بالرغم من الحاجات الأساسية للتلاميذ في هذه المرحلة والمتزامنة مع مرحلة المراهقة ،حيث وجدنا موضوع واحد في كتاب العلوم للسنة أولى متوسط وموضوع آخر بكتاب السنة الرابعة متوسط .

2- الهدف من الدراسة الاستطلاعية:تهدف الدراسة الاستطلاعية إلى:

- التعرف على الظروف التي سيتم فيها إجراء البحث .
- جمع المعلومات حول مكان ومجتمع الدراسة مع توزيع الاستمارة الأولية للتعرف على مجالات التربية الأكثر أهمية بالنسبة لتلاميذ السنة الثالثة متوسط والتي سيحتوي برنامج الدراسة عليها.

- الصعوبات التي ستواجه الباحث في تطبيق أدوات البحث وخاصة في تطبيق البرنامج.
 - التعرف على مدى ملائمة أدوات الدراسة وكذلك دراسة الخصائص السيكومترية لها بغرض استخدامها لجمع البيانات في الدراسة الأساسية.
 - تحديد كيفية إختيار العينة .
 - تحديد أرضية البرنامج والأسس الأولية له مع مراعاة طبيعة العينة وخصوصيتها ودراسة مدى أهمية الوسائل والتقنيات الواجب الاستعانة بها في تطبيق البرنامج مع التجريب الاستطلاعي للبرنامج.
 - الاطلاع على كتب العلوم الطبيعية لكل سنوات المرحلة المتوسطة (السنة أولى متوسط، السنة الثانية متوسط، السنة الثالثة متوسط و السنة الرابعة متوسط) والتي تدرس فيها عموما المواضيع الصحية للتعرف على مدى تضمينها لهذه المواضيع.
- وقد واجهت الباحثة عدة صعوبات بداية من توزيع الاستمارة الأولية لتحديد المواضيع الأكثر أهمية بالنسبة للتلميذ في هذه المرحلة (سواء من وجهة نظر التلاميذ، أو من وجهة نظر أساتذتهم أو من وجهة نظر أطباء الصحة المدرسية). مرورا بعدم الحصول على كل المقاييس الموجهة للتحكيم من طرف الزملاء الأساتذة، وصولا إلى رفض فوجين من تلاميذ العينة الاستطلاعية الإجابة على المقاييس في إعادة التطبيق لحساب ثباتها إلا بأمر من طرف الإدارة.

3- اختيار مجالات التربية الصحية التي سيحتويها برنامج التربية الصحية:

لقد تم الإشارة في الجانب النظري إلى انه تم الاتفاق بين أغلبية الباحثين في مجال الصحة والتربية الصحية على أن أهم مجالات التربية الصحية التي يحتاجها التلميذ مرحلة المتوسط والتي يجب أن تشتمل عليها برامج التربية الصحية هي:

1. الصحة الشخصية
2. التغذية
3. التربية الامانية والإسعافات الأولية
4. التربية الجنسية
5. صحة البيئة
6. الصحة العقلية والنفسية
7. العقاقير والتدخين
8. الأمراض والوقاية منها
9. صحة المستهلك

لكن مع ضيق الوقت ومحدودية الإمكانيات وصعوبة تناول كل هذه المجالات ارتأت الباحثة أن يحتوي برنامج التربية الصحية على مجالين اثنين وان يكون اختيارهما مبنيا على وجهة نظر التلاميذ حول المجالات ذات الأهمية الكبرى والتي يرون انه يجب تناولها بالدراسة ، و من وجهة نظر أساتذتهم وأطباء الصحة المدرسية ،ولهذا قامت الباحثة وكخطوة أولى بتوزيع 140 استمارة تحتوي على جميع المجالات السالفة الذكر، والطلب من التلاميذ تحديد أهميتها بوضع إشارة × في المجال المهم بالنسبة لهم حيث تم استرجاع 117 استمارة فقط (الملحق

رقم (3) استمارة مجالات التربية الصحية خاصة بالتلاميذ)، وتم توزيع 7 استمارات على خمس أساتذة مادة العلوم الطبيعية وطببيين من أطباء الصحة المدرسية وطلب منهم أيضا وضع إشارة × في المجال الذي يرونه مناسباً بالنسبة لتلاميذ السنة الثالثة متوسط (الملحق رقم (4) استمارة مجالات التربية الصحية خاصة بالأساتذة وأطباء الصحة المدرسية) وبعد استرجاع

الاستمارات وتحديد النسب المئوية تم اختيار أهم مجالين اثنين وينسب مرتفعة كما هو موضح في الجداول التالية يلي :

بالنسبة للتلاميذ كانت النتائج كالتالي:

جدول رقم (2) يبين النسب المئوية لأهم مجالات التربية الصحية عند التلاميذ

غير مهمة %	مهمة			المواضيع الصحية
	قليلًا %	درجة متوسطة %	كثيرًا %	
1	4	15	80	التغذية
2	12	9	77	النشاط البدني

أما بالنسبة لأساتذة العلوم وأطباء الصحة المدرسية فكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم (3) يبين النسب المئوية لأهم مجالات التربية الصحية عند أساتذة العلوم وأطباء

الصحة المدرسية

غير مهمة %	مهمة			المواضيع الصحية
	قليلًا %	درجة متوسطة %	كثيرًا %	
1	11	12	76	التغذية
1	12	22	65	النشاط البدني

من خلال الجدول رقم (2) والجدول رقم (3) توصلت الباحثة إلى أن المجالات التي يمكن تدريسها ضمن برنامج التربية الصحية الموجه لتلاميذ السنة الثالثة من التعليم المتوسط

هي: التغذية والنشاط الرياضي، وهذا انطلاقاً من النسب المئوية المرتفعة لهذين المجالين حسب الاستمارات الموزعة سواء على التلاميذ أو أساتذة مادة العلوم وأطباء الصحة المدرسية.

4- عينة الدراسة الاستطلاعية: تكونت عينة الدراسة الاستطلاعية من كل التلاميذ المسجلين نظامياً والذين يزاولون دراستهم بالسنة الثالثة من التعليم المتوسط بمتوسطة سيود علي بدائرة عين التوتة ولاية باتنة خلال السنة الدراسية 2014-2015 وقد تكونت العينة الاستطلاعية من 88 فرد تم اختيارهم بطريقة قصدية (بسبب انعدام أي موضوع عن الصحة في المناهج الدراسية).

5- أدوات الدراسة:

بغرض اختبار فرضيات الدراسة تم بناء مقياسين من طرف الباحثة احدهما خاص بسلوكات الخطر المتعلقة بالصحة والثاني خاص بالوعي الصحي .

5-1 مقياس سلوكات الخطر المتعلقة بالصحة:

5-1-1- وصف الأداة:

بغرض تحقيق أهداف البحث تم إعداد مقياس لسلوكات الخطر من اجل معرفة مستوى سلوكات الخطر لدى تلاميذ السنة الثالثة من التعليم المتوسط،ولهذا تم الاطلاع على الأدبيات والدراسات السابقة والمقاييس المتاحة في مجال الصحة والسلوك الصحي وسلوكيات الخطر وحتى الاتجاهات نحو الصحة ومن بين أهم هذه المقاييس والاستبيانات :

- BEHAVIORAL HEALTH RISKS 2000.

- استبيان السلوك الصحي والاتجاهات نحو الصحة لسامر جميل رضوان.

- مقياس السلوك الصحي لاحمد عبد المجيد صمادي ومحمد عبد الغفور الصمادي 2011

- استبيان السلوك الصحي لإسماعيل احمد الحارثي 2014

- المسح الصحي العالمي للطلبة بالاعتماد على المدارس/الأردن 2004

وانطلاقاً من تحديد الباحثة للمجالين الرئيسيين لمحتوى برنامج التربية الصحية فقد توصلت إلى وضع 46 بنداً مقسمة على محورين محور خاص بسلوكيات الخطر الغذائية ويضم 23 بنداً، ومحور خاص بسلوكيات الخطر الرياضية ويضم 23 بنداً، وتم اختيار طريقة ليكرت الخماسية للإجابة والمتمثلة في (دائماً / غالباً / أحياناً / نادراً / أبداً) وهذا حتى يتسنى للتلميذ الاختيار من متعدد وتحديد الإجابة المناسبة بالنسبة له.

2-1-5 الخصائص السيكومترية لمقياس سلوكيات الخطر:

أ- الصدق: تكون الأداة صادقة إذا كانت صالحة لقياس ما وضعت لقياسه (مقدم عبد الحفيظ 1993)

1- الصدق الظاهري: وقد تم التحقق من صدق الأداة الظاهري وذلك بعرضها على عشرة خبراء، تم اختيارهم من بين ذوي الكفاءة والخبرة والمعرفة في مجال علم النفس (الملحق رقم 5) قائمة بأسماء الخبراء المحكمين للمقاييس ودرجاتهم العلمية (وطلب منهم الإشارة إلى:

1- إذا ما كانت العبارة تقيس أو لا تقيس ما وضعت له.

2- تقديم ملاحظات من حيث وضوح العبارات ومناسبتها للسلوك المراد قياسه.

3- مدى وضوح الصياغة اللغوية للعبارات.

4- مدى إنتماء كل عبارة لمحورها.

وفي ضوء الملاحظات التي أبدتها الأساتذة، قامت الباحثة بإجراء التعديلات التي إتفق عليها معظم الخبراء (بنسبة 75%) بحذف وتعديل صياغة بعض العبارات حتى تزداد أداة الدراسة وضوحاً وملاءمة لقياس ما وضعت لأجله. وقد تم الاتفاق حسب آراء السادة الخبراء على استبعاد أربعة عبارات،

عبارة من المحور الخاص بالسلوك الصحي الغذائي وثلاث عبارات من محور السلوك الصحي الرياضي وهي موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (4) يوضح العبارات التي تم الاتفاق على حذفها من مقياس سلوكيات الخطر حسب رأي

الخبراء

العبارات المستبعدة من محور السلوك الصحي الرياضي	العبارات المستبعدة من محور السلوك الصحي الغذائي
1- اذهب إلى المدرسة يومياً بالدراجة	5- أكل الحبوب في أغلب وجباتي
2- أحافظ على درجة من التناسب بين طولي ووزني	
3- أنا منخرط في نوادي رياضية	

كما تم الاتفاق على تعديل بعض العبارات وهي:

جدول رقم (5) يوضح العبارات التي تم الاتفاق على تعديلها في مقياس سلوكيات الخطر حسب رأي

الخبراء

العبارة قبل التعديل	العبارة بعد التعديل
21- أفضل الأطعمة الغنية بالزيوت والدهون الحيوانية	21- أقل من الأطعمة الغنية بالزيوت والدهون الحيوانية
29- أمارس الرياضة في أي مكان	29- أمارس الرياضة في الأماكن المخصصة لها
36- احمل أشياء تفوق قدرتي	36- أتفادى حمل الأشياء الثقيلة التي تفوق قدرتي

وبهذا أصبح المقياس في صورته النهائية يحتوي على 42 بنداً موزعة كالتالي:

6- محور السلوك الصحي الغذائي 22 بنداً.

7- محور السلوك الصحي الرياضي 20 بنداً.

وقد تم قياس صدق كل عبارة بواسطة معادلة لوشي ص حيث:

$$\frac{\frac{n}{2}}{\frac{n}{2}} = \text{ص}$$

❖ n م يمثل عدد الخبراء المحكمين الذين إعتبروا أن العبارة تقيس ما وضعت

لأجله.

❖ n م يمثل العدد الكلي للخبراء المحكمين .

ولكي تكون العبارة صادقة يجب أن تكون $\text{ص} \leq 0.5$ ، وقد اظهرت النتائج باستخدام معادلة

لوشي أن متوسط درجات الصدق الظاهري لعبارات مقياس سلوكيات الخطر ككل $\text{ص} = 0.88$ وهذا يعني

أن الأداة صادقة وهي بالتالي تقيس ما وضعت لأجله ويمكن تطبيقها.

أ-2 صدق المقارنة الطرفية لمقياس سلوكيات الخطر:

تقوم هذه الطريقة على مقارنة نتائج الأفراد على الثلث الأعلى من الاختبار المطبق عليهم

بنتائج الثلث الأدنى من نفس الاختبار الذي أجابوا عيه، وباستخدام الدلالة الإحصائية للفروق بين

المتوسطات باستخدام اختبار (ت) T. Test وفي حالة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين

المتوسطين (متوسطي الثلث الأعلى والثلث الأدنى للاختبار) نستنتج أن الاختبار يتمتع بالصدق.

وقد قامت الباحثة بتطبيق مقياس سلوكيات الخطر على 88 تلميذ من غير العينة الأساسية

ثم قامت باستخراج درجتين لكل تلميذ: الأولى تمثل أداءه على الثلث الأعلى من المقياس، والدرجة

الثانية تمثل أداءه على الثلث الأدنى من المقياس. ثم قامت وباستخدام اختبار (ت) بحساب الفرق بين

متوسط نتائج أداء التلاميذ على الثلث الأعلى من المقياس بمتوسط نتائج أدائهم على الثلث الأدنى

من المقياس. حيث تم الحصول على النتائج المبينة في الجدول التالي:

جدول رقم (6) حساب الصدق لمقياس سلوكيات الخطر بطريقة المقارنة الطرفية

المقياس	طرفي المقياس	ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
سلوكيات الخطر	الثالث الأدنى	29	121,62	11,466	16,81	دالة
	الثالث الأعلى	29	166,14	8,471		

بلغ متوسط درجات أفراد العينة في الثالث الأدنى من مقياس سلوكيات الخطر (121,62) بانحراف معياري يقدر بـ (11,46)، بينما بلغ متوسط درجات العينة في الثالث الأعلى من المقياس (166,14) بانحراف معياري يقدر بـ (8,471)، وبلغت قيمة ت المحسوبة (16,81) وهي دالة عند مستوى دلالة 0.01 و بالتالي فالمقياس صادق فيما يقيسه.

أ-3 الصدق الذاتي:

وتقوم هذه الطريقة على حساب الجذر التربيعي لمعامل الثبات للحصول على الصدق الذاتي للمقياس. وقد قامت الباحثة بحساب صدق المقياس بهذه الطريقة وحصلت على ما يلي:

جدول رقم (7) حساب الصدق الذاتي لمقياس سلوكيات الخطر

المقياس	معامل الثبات	الصدق الذاتي
مقياس سلوكيات الخطر	0.86	0.92

من خلال ما هو موضح في الجدول أعلاه يقدر معامل الصدق الذاتي بـ 0.92 ومنه

المقياس يتمتع بصدق جيد.

ب- الثبات : يقصد بثبات الإختبار مدى الدقة أو الإتساق أو إستقرار نتائجه فيما لو طبق على

عينة من الأفراد في مناسبتين مختلفتين (مقدم عبد الحفيظ ،1993:ص 146)، وقد تم التأكد

من ثبات الاختبار بالطرق التالية:

ب-1 معامل الثبات بطريقة الاتساق الداخلي:

وقد قامت الباحثة بتطبيق مقياس سلوكيات الخطر على 88 تلميذ من غير العينة الأساسية حيث تم

ذلك من خلال حساب معامل الارتباط الخطي (لكارل بيرسون Pearson) بين محاور المقياس و

الدرجة الكلية له. وكانت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (8) يوضح معامل الارتباط لكارل بيرسون بين أبعاد مقياس سلوكيات الخطر و

الدرجة الكلية له.

مستوى الدلالة	معامل الارتباط	مقياس سلوكيات الخطر
0,01	0.84	محور السلوك الصحي الغذائي
0,01	0.86	محور السلوك الصحي الرياضي

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن معاملات ارتباط درجات الأبعاد بالدرجة الكلية لمقياس سلوكيات

الخطر ارتباطات عالية تدل على الاتساق بين أبعاد المقياس والدرجة الكلية له وبالتالي فالمقياس

ثابت وصادق ويمكن تطبيقه.

ب-2 حساب الثبات عن طريق التطبيق وإعادة التطبيق:

تعتبر هذه الطريقة من أبسط الطرق في تعيين معامل ثبات الاختبار، وتتلخص في تطبيق

الاختبار على مجموعة من الأفراد، ثم يعاد التطبيق مرة أخرى على نفس المجموعة، ويحسب معامل

الارتباط بين التطبيقين لنحصل على معامل ثبات درجات الاختبار.

(عبد الرحمن سعد ، 2008 :ص 180)

وقد قامت الباحثة بحساب معامل ثبات المقياس بهذه الطريقة بإتباع الخطوات التالية:

- قامت بتطبيق مقياس سلوكيات الخطر على العينة الاستطلاعية والمكونة من 88 تلميذ.
- أعادت الباحثة تطبيق المقياس بعد 18 يوما على نفس العينة وتحت نفس ظروف التطبيق الأول.

- استخرجت الباحثة لكل فرد من أفراد العينة درجتين تمثلان أداءه على المقياس في مرتي التطبيق.

- ثم قامت باستخراج معامل الارتباط بطريقة بيرسون بين درجات الأفراد في التطبيقين والذي يعرف بمعامل الثبات بالإعادة.

و الجدول أدناه يبين النتائج التي تم الحصول عليه:

جدول رقم (9) نتائج حساب ثبات مقياس سلوكيات الخطر بطريقة التطبيق وإعادة التطبيق

المقياس	نوع معامل الثبات	ن	معامل الارتباط	الدلالة عند 0.01
مقياس سلوكيات الخطر	طريقة التطبيق	88	0.84	دالة
	وإعادة التطبيق بعد 18 يوما	88		

تشير النتائج المبينة في الجدول أعلاه أن معامل الارتباط قدر ب 0.84 وهو دال عند مستوى دلالة 0.01 ومنه المقياس يتمتع بثبات جيد.

ب-3 حساب الثبات بطريقة ألفا كرونباخ:

يعتبر معامل ألفا كرونباخ الذي يرمز له عادة بالحرف اللاتيني (α) من أهم مقاييس الاتساق الداخلي للاختبار المكون من درجات مركبة، ومعامل ألفا كرونباخ يربط ثبات الاختبار بثبات بنوده .

وقد تم حساب ثبات مقياس سلوكيات الخطر بهذه الطريقة (معامل ألفا كرونباخ) وكانت النتيجة كما هو مبين في الجدول التالي:

الجدول رقم (10) يوضح نتائج معامل ثبات مقياس سلوكيات الخطر بطريقة الفا كرونباخ

المقياس	عدد الفقرات	معامل الفا كرونباخ	مستوى الدلالة
مقياس سلوكيات الخطر	42	0.86	0.01

نلاحظ من خلال الجدول رقم (10) أن معامل ثبات مقياس سلوكيات الخطر وفق معادلة ألفا كرونباخ كان مساويا ل 0.86 عند مستوى دلالة (0.01) مما يؤكد تمتع المقياس بمستوى جيد من الثبات. من خلال ما سبق من حساب لمعاملات الصدق والثبات لمقياس سلوكيات الخطر نجد انها تتمتع بدرجة مقبولة وبالتالي فالمقياس يتمتع بخصائص سيكومترية مقبولة تمكننا من تطبيقه والاعتماد عليه في الدراسة الحالية.

5-1-3 تصحيح المقياس:

يتكون مقياس سلوكيات الخطر في صورته النهائية (الملحق رقم 6) مقياس سلوكيات الخطر في صورته النهائية) من محورين: محور السلوك الصحي الغذائي 22 بندا ومحور السلوك الصحي الرياضي 20 بندا، و(42) فقرة يتم تصحيحها بإعطاء (5) درجات في حالة الإجابة بدائما، (4) درجات في حالة الإجابة بغالبا، (3) درجات في حالة الإجابة بأحيانا، درجتين في حالة الإجابة بنادرا ودرجة واحدة في حالة الإجابة بأبدا هذا بالنسبة للعبارات الموجبة والعكس بالنسبة للعبارات السالبة. وبذلك تكون أدنى درجة نظرية للمقياس هي (58) وأعلى درجة هي (194) وهذا يعني انه كلما ارتفعت الدرجة دل ذلك أن الفرد لديه سلوك صحي وكلما انخفضت الدرجة دل ذلك على أن الفرد لديه سلوك خطر.

2-5 مقياس الوعي الصحي:

1-2-5 وصف الأداة:

بغرض تحقيق أهداف البحث تم إعداد مقياس الوعي الصحي من أجل معرفة مستوى الوعي الصحي لدى تلاميذ السنة الثالثة من التعليم المتوسط، ولهذا تم الاطلاع على الأدبيات والدراسات السابقة والمقاييس المتاحة في مجال الصحة والوعي الصحي وسلوكيات الخطر ومن بين أهم هذه المقاييس والاستبيانات :

- استبانة الوعي الصحي لعماد صالح عبد الحق وزملائه 2012.

- اختبار الوعي الصحي لعبد الله خطايبه وفيصل رواشدة 2003.

- اختبار الوعي الصحي لخليل الخليلي وزملائه 1987.

- مقياس الوعي الصحي لعلي رحيم محمد 2007.

- مقياس الاتجاهات الصحية علي حسن حسين الاحمدي 2003.

وانطلاقاً من تحديد الباحثة للمجالين الرئيسيين لمحتوى برنامج التربية الصحية فقد توصلت إلى وضع 40 بنداً مقسمة على محورين محور خاص بالوعي الصحي الغذائي ويضم 18 بنداً، ومحور خاص بالوعي الصحي الرياضي ويضم 17 بنداً، وتم اختيار طريقة ليكرت الخماسية للإجابة والمتمثلة في (أوافق بشدة، أوافق، غير متأكد، غير موافق، غير موافق بشدة) وهذا حتى يتسنى للتلميذ الاختيار من متعدد وتحديد الإجابة المناسبة بالنسبة له.

2-2-5 الخصائص السيكومترية لمقياس الوعي الصحي:

أ- الصدق: وقد تم التأكد من صدق مقياس الوعي الصحي بالطرق التالية:

أ-1 الصدق الظاهري: وقد تم التحقق من صدق الأداة الظاهري وذلك بعرضها على عشرة خبراء

، تم اختيارهم من بين ذوي الكفاءة والخبرة والمعرفة في مجال علم النفس (وهم الذين حكموا

مقياس سلوكيات الخطر) وطلب منهم الإشارة إلى:

- إذا ما كانت العبارة تقيس أو لا تقيس ما وضعت له.

- تقديم ملاحظات من حيث وضوح العبارات ومناسبتها للسلوك المراد قياسه.

- مدى وضوح الصياغة اللغوية للعبارات.

- مدى انتماء كل عبارة لمحورها.

وفي ضوء الملاحظات التي أبدتها الأساتذة، قامت الباحثة بإجراء التعديلات التي إتفق عليها معظم

الخبراء (بنسبة 75%) بتعديل صياغة بعض العبارات حتى تزداد أداة الدراسة وضوحا وملاءمة لقياس

ما وضعت لأجله. وقد تم الاتفاق حسب آراء السادة الخبراء على تعديل العبارات الموضحة في الجدول

التالي:

جدول رقم (11) يوضح العبارات التي تم الاتفاق على تعديلها في مقياس الوعي الصحي حسب رأي

الخبراء

العبارة قبل التعديل	العبارة بعد التعديل
1- أدرك أهمية تناول الإفطار بالنسبة للصحة والنشاط 27- تساهم الرياضة في أداء الجسم لوظائفه.	1- تناول الإفطار مهم بالنسبة للصحة والنشاط 27- تساهم ممارسة الرياضة في أداء الجسم لوظائفه.

وبهذا أصبح مقياس الوعي الصحي في صورته النهائية يحتوى على 35 بنداً موزعة كالتالي:

1- محور الوعي الصحي الغذائي 18 بنداً.

2- محور الوعي الصحي الرياضي 17 بنداً.

وقد تم قياس صدق كل عبارة بواسطة معادلة لوشي وأظهرت النتائج أن متوسط درجات الصدق الظاهري لعبارات مقياس الوعي الصحي ككل ص = 0.92 وهذا يعني أن الأداة صادقة وهي بالتالي تقيس ما وضعت لأجله ويمكن تطبيقها.

أ-2 صدق المقارنة الطرفية لمقياس سلوكيات الخطر:

تقوم هذه الطريقة على مقارنة نتائج الأفراد على الثلث الأعلى من الاختبار المطبق عليهم بنتائج الثلث الأدنى من نفس الاختبار الذي أجابوا عليه، وباستخدام الدلالة الإحصائية للفروق بين المتوسطات باستخدام اختبار (ت) T. Test وفي حالة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسطين (متوسطي الثلث الأعلى والثلث الأدنى للاختبار) نستنتج أن الاختبار يتمتع بالصدق. وقد قامت الباحثة بتطبيق مقياس الوعي الصحي على 88 تلميذ من غير العينة الأساسية لكن تم الاحتفاظ ب 77 نسخة فقط من المقياس وتم استبعاد 11 أخرى لأنها لم يتم الإجابة فيها على كل البنود ، ثم قامت باستخراج درجتين لكل تلميذ: الأولى تمثل أداءه على الثلث الأعلى من المقياس، والدرجة الثانية تمثل أداءه على الثلث الأدنى من المقياس. ثم قامت باستخدام اختبار (ت) بحساب الفرق بين متوسط نتائج أداء التلاميذ على الثلث الأعلى من المقياس بمتوسط نتائج أدائهم على الثلث الأدنى من المقياس. حيث تم الحصول على النتائج المبينة في الجدول التالي:

جدول رقم (12) يوضح حساب الصدق لمقياس الوعي الصحي بطريقة المقارنة الطرفية

المقياس	طرفي المقياس	ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
الوعي الصحي	الثلث الأدنى	26	134,54	16,006	13.67	عند 0.01 دالة
	الثلث الأعلى	25	140,24	13,624		

بلغ متوسط درجات أفراد العينة في الثلث الأدنى من مقياس الوعي الصحي (134,54) بانحراف معياري يقدر بـ (16,006)، بينما بلغ متوسط درجات العينة في الثلث الأعلى من المقياس (140,24) بانحراف معياري يقدر بـ (13,624)، وبلغت قيمة ت المحسوبة (13.67) وهي دالة عند مستوى دلالة 0.01 و بالتالي فالمقياس صادق فيما يقيسه.

أ-3 الصدق الذاتي:

وتقوم هذه الطريقة على حساب الجذر التربيعي لمعامل الثبات للحصول على الصدق الذاتي للمقياس. وقد قامت الباحثة بحساب صدق المقياس بهذه الطريقة وحصلت على ما يلي:

جدول رقم (13) يوضح حساب الصدق الذاتي لمقياس الوعي الصحي

المقياس	معامل الثبات	الصدق الذاتي
مقياس الوعي الصحي	0.84	0.91

من خلال ما هو موضح في الجدول أعلاه يقدر معامل الصدق الذاتي بـ 0.91 ومنه المقياس يتمتع بصدق جيد.

ب- الثبات : وقد تم التأكد من ثبات المقياس بالطرق التالية:

ب-1 معامل الثبات بطريقة الاتساق الداخلي:

وقد قامت الباحثة بتطبيق مقياس الوعي الصحي على 77 تلميذ من غير العينة الأساسية وبعدها تم حساب معامل الارتباط الخطي (لكارل بيرسون Pearson) بين محاور المقياس و الدرجة الكلية له.

و الجدول أدناه يبين النتائج التي تم الحصول عليها:

جدول رقم (14) يوضح حساب معامل الارتباط لكارل بيرسون بين ابعاد مقياس الوعي الصحي و

الدرجة الكلية له

مقياس الوعي الصحي	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
محور الوعي الصحي الغذائي	0.86	0,01
محور الوعي الصحي الرياضي	0.77	0,01

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن معاملات ارتباط درجات الأبعاد بالدرجة الكلية لمقياس الوعي الصحي ارتباطات عالية تدل على الاتساق بين أبعاد المقياس والدرجة الكلية له وبالتالي فالمقياس ثابت وصادق ويمكن تطبيقه.

ب-2 حساب الثبات عن طريق التطبيق وإعادة التطبيق:

وقد قامت الباحثة بحساب معامل ثبات المقياس بهذه الطريقة باتباع الخطوات التالية:

- قامت بتطبيق مقياس الوعي الصحي على العينة الاستطلاعية والمكونة من 88 تلميذ من غير العينة الأساسية لكن تم الاحتفاظ ب 77 نسخة فقط من المقياس وتم استبعاد 11 أخرى لأنها لم يتم الإجابة فيها على كل البنود.
- أعادت الباحثة تطبيق المقياس بعد 19 يوماً على نفس العينة وتحت نفس ظروف التطبيق الأول.
- استخرجت الباحثة لكل فرد من أفراد العينة درجتين تمثلان أداءه على المقياس في مرتي التطبيق.

ثم قامت باستخراج معامل الارتباط بطريقة بيرسون بين درجات الأفراد في التطبيقين والذي يعرف بمعامل الثبات بالإعادة.

و الجدول أدناه يبين النتائج التي تم الحصول عليها:

جدول رقم (15) يوضح حساب ثبات مقياس الوعي الصحي بطريقة التطبيق وإعادة التطبيق

المقياس	نوع معامل الثبات	ن	معامل الارتباط	الدلالة عند 0.01
مقياس الوعي الصحي	طريقة التطبيق	77	0.40	دالة
	وإعادة التطبيق بعد 18 يوما	77		

تشير النتائج المبينة في الجدول أعلاه أن معامل الارتباط قدر ب 0.40 وهو دال عند مستوى دلالة 0.01 ومع أن قيمة معامل الارتباط منخفضة إلا أنه يمكن قبولها وبهذا فالمقياس يتمتع بدرجة لا بأس بها من الثبات.

ب-3 حساب الثبات بطريقة ألفا كرونباخ:

وقد تم حساب ثبات مقياس الوعي الصحي بهذه الطريقة (معامل ألفا كرونباخ) وكانت النتيجة كما هو مبين في الجدول التالي:

الجدول رقم (16) يوضح نتائج معامل ثبات مقياس الوعي الصحي بطريقة ألفا كرونباخ

المقياس	عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ	مستوى الدلالة
مقياس الوعي الصحي	35	0.84	0.01

نلاحظ من خلال الجدول رقم () أن معامل ثبات مقياس الوعي الصحي وفق معادلة ألفا كرونباخ كان مساويا ل 0.84 عند مستوى دلالة (0.01) مما يؤكد تمتع المقياس بمستوى جيد من الثبات. من خلال ما سبق من حساب لمعاملات الصدق والثبات لمقياس الوعي الصحي نجد أنها تتمتع بدرجة مقبولة وبالتالي فالمقياس يتمتع بخصائص سيكومترية مقبولة تمكنا من تطبيقه والاعتماد عليه في الدراسة الحالية.

5-2-3 تصحيح المقياس:

يتكون مقياس الوعي الصحي في صورته النهائية (الملحق رقم 7) مقياس الوعي الصحي في صورته النهائية) من محورين : محور الوعي الصحي الغذائي 18 بندا ومحور الوعي الصحي الرياضي 17 بندا. و(35) فقرة يتم تصحيحها بإعطاء (5) درجات في حالة الإجابة باوافق بشدة، (4) درجات في حالة الإجابة باوافق، (3) درجات في حالة الإجابة بغير متأكد، درجتين في حالة الإجابة بغير موافق ودرجة واحدة في حالة الإجابة بغير موافق بشدة. وبذلك تكون أدنى درجة نظرية للمقياس هي (35) وأعلى درجة هي (175).

II. برنامج التربية الصحية:

إن الهدف الرئيسي للدراسة الحالية هو الكشف عن فعالية برنامج تربية صحية في تغيير سلوكيات الخطر وتنمية الوعي الصحي لدى المراهقين ، لذا يعتبر برنامج التربية الصحية المعد من طرف الباحثة المتغير المستقل الذي نريد معرفة تأثيره على المتغيرات التابعة والمتمثلة في سلوكيات الخطر والوعي الصحي لدى المراهقين .

1. مرتكزات إعداد البرنامج:

اعتمدت الباحثة في إعداد برنامج التربية الصحية على الخطوات التالية:

-الاطلاع على التراث السيكولوجي في مجال الصحة بشكل عام، والتربية الصحية بشكل خاص من خلال ما أتيج من الكتب والبحوث العلمية وحتى برامج التربية الصحية المعدة من طرف وزارات التربية والتعليم لدول مختلفة مثل:

* كتاب البدانة الداء والدواء لمحمد بن عثمان الركبان 2009.

* هزاع محمد الهزاع النشاط البدني ي الصحة والمرض 2008.

* دليل تدريبي في صحة المرافقة وزارة التربية والتعليم فلسطين 2008.

* التربية الأسرية والصحية وزارة التعليم السعودية 2010.

* التربية الصحية والنسوية وزارة التربية والتعليم السعودية 2010.

- الاطلاع على برامج أخرى في التربية الصحية كان هدفها سواء تغيير السلوك أو تنمية الوعي الصحي أو التنوير الصحي كمفهوم أوسع واشمل من الوعي الصحي والمذكورة في الدراسات السابقة.

- تحليل وجهة نظر الأساتذة وأطباء الصحة المدرسية وحتى وجهة نظر المراقبين حول أهم سلوكيات الخطر التي يجب التركيز عليها وتناولها بالدراسة.

- الاطلاع على كتب التربية العلمية لسنوات التعليم المتوسط وتحليل محتواها والكشف عن مدى تضمينها للمواضيع الصحية.

2. فلسفة البرنامج: يقوم البرنامج الحالي على فلسفة مؤداها أن الصحة هي كل متكامل للنواحي الثلاثة: البدنية، النفسية، والاجتماعية، كما انه يجب أن تكون التربية الصحية جزءا مهما من مكونات المنهج الدراسي لأنها تسعى إلى الحفاظ على الصحة وتحسين الحياة اليومية للتلاميذ، ولكي تتحقق هذه الأخيرة على هذه البرامج الصحية أن تعتبر السلوك الدائم والمستمر هدفاً للتربية الصحية ، أي لا بد أن يحدث تغيير في السلوك والممارسات اليومية للتلميذ.

3. أهمية البرنامج: تكمن أهمية البرنامج في النقاط التالية:

- مساعدة عينة البحث في تغيير سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة إلى سلوكيات صحية، وتنمية الوعي الصحي كأساليب وقائية حاضرة ومستقبلية من الأمراض المزمنة ومن المشكلات ذات العلاقة بهذه السلوكيات.
- طبيعة العينة المتناولة بالدراسة وهي مرحلة المراقبة حيث أثبتت الدراسات إلى الأهمية التنبؤية لأنماط السلوك الخطيرة على الصحة في سن المراهقة، ومن هنا كانت الوقاية من السلوكيات الخطرة وتعزيز الخيارات الصحية بين المراهقين على وجه الخصوص تؤدي إلى نتائج صحية ايجابية، ولذلك تعتبر المراقبة مدخلا واسعا إلى تعزيز الصحة، فالمرافق الذي ينعم بالتربية الصحية اللازمة ويتزود بالمهارات المعيشية الضرورية تتاح له فرصة أفضل ليصبح بالغا صحيح الجسم ومنتجا وأهلا لتحمل المسؤولية وحائزا للإمكانيات التي تتيح له الاضطلاع بالعمل المنتج الناجح.
- يعتبر البرنامج التربوي الصحي المتناول في هذه الدراسة من بين أهم الخطوات الأولى في الجزائر على حد علم الباحثة والذي سيساعد المهتمين بالأمور الصحية والتربوية للتلاميذ والمعدين للمناهج التربوية للاتفات إلى تضمين كتب العلوم للمواضيع الصحية وإعطائها قيمتها الحقيقية حسب كل مرحلة نمائية، أو حتى وضع منهاج خاص بالتربية الصحية.
- الأساليب والطرق المستعملة في هذا البرنامج تتيح فرصة أكثر للتعلم، كما أنها تسمح لكل المتعلمين الاستفادة كل حسب قدراته وإمكاناته وحتى أساليبه الخاصة في استدخال المعلومات.
- يساعد البرنامج الحالي أساتذة مادة العلوم في تطوير طرق التدريس المستعملة مع التلاميذ وجعلها أكثر فاعلية.

4. أهداف البرنامج: يهدف البرنامج الحالي إلى الكشف عن فعالية التربية الصحية باستخدام

وسائل وأساليب تربوية حديثة في تغيير سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة وتنمية الوعي الصحي لعينة البحث وذلك من خلال ما يلي:

- التعرف على الفرق بين الغذاء والتغذية.
- التعرف على أهمية الغذاء لحياة الإنسان.
- التعرف على الأدوار الأساسية للغذاء .
- التعرف على علاقة التغذية بالنمو.
- التعرف على علاقة التغذية بالوقاية من الأمراض.
- التعرف على علاقة التغذية بالتحصيل العلمي.
- التعرف على مجال التربية الغذائية.
- التعرف على دور الأسرة في التربية الغذائية.
- التعرف على دور المدرسة في التربية الغذائية.
- الوقوف عند أهم النقاط التي لها دور في المحافظة على الصحة.
- التعرف على أنواع العناصر الغذائية.
- التفريق بين أغذية البناء والطاقة والوقاية.
- تفهم العلاقة بين نقص العناصر الغذائية والحالة الصحية للمراهق.
- تقدير أهمية التوازن الغذائي من خلال تقييم محتويات الوجبات.
- التعرف على آثار التغذية السليمة والتغذية غير السليمة.
- التعرف على أنماط الأمراض الناتجة عن سوء التغذية.
- التعرف على كيفية تفادي أمراض الفاقات الغذائية.

- مساعدة الطلبة على تفهم أهمية الوزن الصحي.
- التعرف على أسباب الزيادة في الوزن وعلاقته بالتغذية.
- تصنيف الأشخاص حسب مؤشر كتلة الجسم.
- التعرف على كيفية المحافظة على الوزن الصحي من خلال الممارسات الغذائية.
- التعرف على أهمية فطور الصباح.
- التعرف أسباب عدم الاهتمام بوجبة فطور الصباح.
- انعكاسات عدم تناول وجبة فطور الصباح على صحة المراهق.
- التعرف على مكونات فطور الصباح لصحة جيدة للمراهق.
- التعرف على ماهية الوجبات السريعة.
- التعرف على أخطار الوجبات السريعة.
- التعرف على بعض الأمراض وعلاقتها بالوجبات السريعة.
- التعرف على أخطار المشروبات الغازية.
- التعرف على علاقة المشروبات الغازية ببعض الأمراض.
- التعرف على أنواع المضافات الغذائية.
- التعرف على إخطار المضافات الغذائية.
- التعرف على علاقة المضافات الغذائية ببعض الأمراض.
- التعرف على أهمية تناول الألياف.
- التعرف على أهمية شرب الماء وتجريب ذلك عن طريق شرب الكمية الموصى بها لمدة أسبوع.
- تطبيق أهم التوصايا الصحية في الغذاء اليومي.

- التعرف على ماهية النشاط البدني.
- إدراك أهمية النشاط البدني.
- التعرف على فوائد ممارسة النشاط البدني بالنسبة للأطفال والمراهقين.
- تفهم ضرورة تخصيص وقت لممارسة الرياضة.
- التعرف على مفهوم التربية البدنية.
- التعرف على المفهوم التربوي للتربية البدنية والرياضة.
- التعرف على الأهداف العامة للتربية البدنية والرياضة.
- التعرف على الأهداف العامة لمادة التربية البدنية والرياضة في المرحلة المتوسطة.
- التعرف على أهمية النشاط البدني للوقاية من بعض الأمراض
- التعرف على أهمية النشاط البدني بالنسبة للمرأة
- التعرف على فوائد النشاط البدني بالنسبة للمراهق.
- التعرف على التغيرات الفزيولوجية الطبيعية الناتجة عن ممارسة النشاط الرياضي.
- التعرف على دور النشاط البدني في الوقاية من الأمراض المزمنة لدى المراهق.
- التعرف على النشاطات البدنية الملائمة للمراهق.
- تحديد فوائد الراحة والترفيه على الوضع الجسدي والنفسي.
- اختيار الأماكن المناسبة للترفيه والظروف الملائمة لتحقيق ذلك.
- كيفية التغلب على المعوقات الأساسية لممارسة المراهق للرياضة.
- التعرف على مفهوم اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة.
- اكتساب مهارات التدريب البدني.
- إتباع قواعد السلامة عند ممارسة الأنشطة الرياضية.

- تحديد كيفية مواجهة المشاكل المسببة لعدم مواصلة الأنشطة البدنية.
- إدراك القواعد الصحية لتحسين اللياقة البدنية.
- التعرف على علاقة السمنة بالخمول البدني.
- التعرف على طرق الوقاية من السمنة عن طريق النشاط البدني.
- التعرف على طرق علاج السمنة عن طريق النشاط البدني والحمية الغذائية.
- التعرف على أهمية الغذاء في تحسين مستوى الأداء الرياضي.
- التعرف على التغييرات الفسيولوجية التي تطرأ على الجسم نتيجة لممارسة النشاط الرياضي.
- التعرف على مصادر الطاقة الغذائية أثناء النشاط الرياضي .
- إدراك أهمية الغذاء للرياضيين.

5. الحدود الإجرائية للبرنامج :

1-5 الحدود الزمنية:

يتحدد البرنامج زمنيا ب 14 أسبوعا وهي الفترة الممتدة بين جانفي وجوان 2015 ،حيث تم خلال الاسبوع الثاني والثالث من شهر جانفي 2015 التطبيق القبلي للمقاييس على كل التلاميذ المسجلين بالسنة الثالثة متوسط بمتوسطة احمد بن كرامة والمقدر عددهم ب143 تلميذا والموزعين على 5 أقسام ليتم استخراج التلاميذ الذين تذيّلوا الترتيب أي تحصلوا على درجات منخفضة في سلوكيات الخطر والوعي الصحي أما في الأسبوع الرابع وبعد اختيار عينة الدراسة كانت أول حصة حيث تم الاختيار العشوائي لأفراد العينتين التجريبية والضابطة مع تطبيق استمارة المستوى الاجتماعي والاقتصادي للعينتين للتأكد من تكافئهما من هذه الناحية، أما الحصة الثانية فكانت بداية البرنامج أين تم التعرف مع العينة التجريبية و شرح البرنامج وأهدافه مع إمضاء العينة على عقد الميثاق(الملحق رقم (8) عقد الميثاق) للالتزام بالحصص وتوقيتها والتعهد بمحاولة الاستفادة منها والمشاركة الفعالة

في العمل الجماعي وتنشيط الحصص فرديا وعدم الاعتماد لا على الباحث ولا على الزملاء. تم التطبيق الفعلي للبرنامج في 10 أسابيع بمعدل جلستين أسبوعيا والمقدرة ب19 حصة اختتمت بجلسة بتاريخ 24.05.2015 تم التطبيق البعدي فيها لمقاييس الدراسة على العينتين التجريبية والضابطة، واختتم البرنامج بعد الاتفاق مع أفراد العينة التجريبية بجلسة للقياس التتبعي بعد 3 أسابيع وهذا نظرا للتزامن والعطلة الصيفية .

2-5 الحدود المكانية:

تم تطبيق البرنامج بمعدل حصتين أسبوعيا حصة يوم السبت وأخرى الخميس مساء (الحصة الأخيرة) وهذا ليجتمع أفراد العينة التجريبية كلهم لأنهم موزعون على الأقسام الخمسة ولا يمكن جمعهم في باقي الحصص أو الأيام، وقد تم تخصيص قسم محدد من أقسام المتوسطة لتدريس البرنامج معدا بما تحتاجه الباحثة من مستلزمات ووسائل مثل: جهاز كمبيوتر وجهاز عرض، سبورة وأقلام للباحثة، أوراق كبيرة الحجم وكراريس وأقلام للعينة، وقد تم اختيار قسم مهوى وذو إضاءة جيدة وبعيدا عن الضوضاء لتفادي تأثير هذه العوامل.

3-5 الحدود البشرية:

تتضمن عينة الدراسة التجريبية (20) تلميذة وهن اللواتي تحصلن على درجات منخفضة في مقياس سلوكيات الخطر ومقياس الوعي الصحي على حد سواء، تم تقسيمهن عشوائيا إلى مجموعتين، مجموعة تجريبية ن = 10 يطبق عليها برنامج التربية الصحية ، ومجموعة ضابطة ن = 10 لا يطبق عليها البرنامج.

6. خطوات إعداد البرنامج: لقد مر إعداد البرنامج بعدة مراحل هي:

- الاطلاع على الأدبيات التي كتبت حول متغيرات الدراسة وخاصة كيفية إعداد برنامج

في التربية الصحية.

- الاطلاع على بعض البرامج في التربية الصحية.
 - الاطلاع على كتب مرحلة المتوسط خاصة كتب العلوم من اجل التعرف على أهم المواضيع الصحية بها.
 - مطالعة خصائص العينة ومدى حاجتهم لهذا البرنامج.
 - الاستفادة من وجهة نظر أطباء الصحة المدرسية وأستاذة العلوم حول أهم المواضيع الصحية التي تحتاجها العينة.
 - تحديد أهداف البرنامج وصياغتها .
 - تحديد السلوكات والاتجاهات والمهارات التي سيتم التركيز عليها في البرنامج.
 - صياغة محتوى البرنامج في عدد من الجلسات تحتوي على محتوى الدرس الذي ينبغي تزويد أفراد المجموعة به ، الوسائل والطرق المستعملة، الأنشطة التدريبية وزمن كل حصة.
 - عرض البرنامج على المحكمين.
 - التجريب الاستطلاعي للبرنامج.
 - وضع البرنامج في صورته النهائية.
7. أساليب تدريس البرنامج: تم الاستعانة بعدة أساليب وفنيات في تقديم البرنامج وهي الأساليب التي تعتمد إلى درجة كبيرة على التفاعل النشط لأفراد العينة وهي:
- المحاضرة
 - العصف الذهني
 - طريقة الربط
 - المشروع الجماعي
 - المشروع الفردي

- حل المشكلات
- الواجبات المنزلية
- لعب الدور
- استضافة الزوار
- النمذجة أو القدوة الحسنة
- التعزيز

8. الأنشطة والوسائل التعليمية المصاحبة للبرنامج: بالإضافة إلى الأساليب والطرق المستعملة

في البرنامج الحالي تم الاستعانة بعدة وسائل تعليمية وأنشطة لزيادة الدافعية للتعلم وتنويع طرقه وزيادة فرصة ممارسة ما تم تعلمه وهي:

- إعداد المطويات ذات العلاقة بالمواضيع الصحية المتناولة في محاور البرنامج.
- استضافة خبراء ومهتمين في مجالات الصحة المختلفة: أخصائي في النشاط الرياضي وأطباء الصحة المدرسية ومختص في التغذية.
- ربط دروس البرنامج بالحياة اليومية عن طريق اخذ عينات من المحيط الاجتماعي مثل حساب مؤشر كتلة الجسم لأفراد العائلة، وتجربة شرب الماء وفطور الصباح لمدة اسبوع.
- إعداد تقارير فردية إرادية لتعزيز العمل الفردي وزيادة التعلم مثل: نسبة انتشار الأمراض المرتبطة بالسمنة، أخطار الحمية الغذائية، فوائد النشاط الرياضي.
- مشاهدة الأفلام والشرائح التعليمية.

9. الأجهزة والوسائل المستعملة في البرنامج: لقد تم بناء البرنامج للخروج من الموقف التعليمي

الكلاسيكي وهو التلقين المباشر إلى التعلم النشط وتفعيل نشاط الأفراد ،وقد تم الاستعانة

بعدة وسائل حديثة منها:

- جهاز كمبيوتر

- جهاز عرض data show
- اللوح المقلوب.
- الأوراق الكبيرة.
- استخدام العينات الواقعية مثل: المواد المعلبة، المواد الحافظة، المشروبات الغازية.
- المطبوعات والنسخ.
- عرض رسومات توضيحية تبين أعراض ومخاطر بعض الأمراض على صحة الإنسان.

10. **تقييم محتوى البرنامج:** تهدف عملية التقييم إلى الوقوف على مدى تحقق أهداف البرنامج وقد تم ذلك من خلال ما يلي:

1-10 التقييم القبلي: حيث تم تطبيق مقاييس الدراسة لاستخراج الأفراد الذين يعانون من انخفاض في درجات سلوكيات الخطر وكذا الوعي الصحي لاختيار العينتين التجريبية والضابطة والتأكد من تكافئهما وتجانسها.

2-10 التقييم المرحلي: ويكون أثناء تطبيق دروس البرنامج أولها أثناء الحصص أو الدروس حيث يكون التقييم في بداية الحصة لاسترجاع ما تم تناوله في الحصة الماضية أو أثناء الحصة لزيادة تنشيط وتفعيل العملية التعليمية وذلك بطرح الأسئلة من أجل ضمان انتباه أفراد العينة وإقحامهم أكثر في العملية التعليمية وفي نهاية الحصة للتأكد من تحقيق الأهداف الموضوعية للدرس عن طريق التغذية الراجعة. أما التقييم المرحلي الثاني فيكون بتطبيق اختبار تحصيلي في نهاية كل وحدة أي اختبار تحصيلي وتقييمي لوحدة صحتك في غذائك واختبار تحصيلي وتقييمي لوحدة في الحركة بركة وهذا للوقوف على تحقيق الأهداف العامة للوحدتين.

10-3 التقييم البعدي: بعد الانتهاء من تطبيق حصص البرنامج كلها ، تقوم الباحثة بالتقييم

النهائي بعد تطبيق مقاييس البحث .

10-4 التقييم التتبعي: وقد تم ذلك بعد 21 يوما نظرا لتزامن ذلك مع العطلة الصيفية

وضيق الوقت وذلك للتأكد من استمرار تحقق الأهداف العامة والخاصة للبرنامج.

11.التأكد من صلاحية البرنامج : بعد الانتهاء من إعداد البرنامج بوحدتيه تم عرضه على

مجموعة من الخبراء من أساتذة العلوم وأساتذة علم النفس (الملحق رقم 9) الخبراء الذين

ساهموا في تحكيم البرنامج) وذلك لإبداء رأيهم حول العديد من النقاط التي تخص البرنامج

مثل :المحتوى،الأهداف التعليمية،الأدوات ،الوسائل ،الأنشطة والطرق المستعملة،ومدة كل

حصة(الملحق رقم 10) يوضح استمارة تقييم البرنامج من طرف الخبراء).اجتمعت وجهات

نظر الخبراء على مناسبة البرنامج وملاءمته لطبيعة العينة مع احتوائه على أهداف تعليمية

محددة مع الاتفاق على عدد الحصص وتضمينها لأهداف البرنامج،وكانت اغلب الملاحظات

هي:

- تقسيم الحصة الأولى إلى حصتين نظرا لكثافتها أو تقليص عناصرها نظرا لعلاقتها

ببعضها البعض.

- زيادة عناصر ضمن الوجدتين تخص الإناث كأهمية التغذية للمرأة في مراحل معينة

وتأثير السمنة عليها ودور الرياضة والثقافة الرياضية في حياة المرأة والمراهقة بصفة

خاصة.

- إجراء تمارين رياضية على ارض الميدان.

- اقترح الخبراء ضرورة دمج حصة الألياف الغذائية وأهمية الماء في حصة واحدة تنتهي

بالوصايا الصحية للغذاء اليومي.

- اتفق الخبراء أيضا على ضرورة إعطاء وقت أكثر للنقاش وإنقاص وقت المحاضرة في كل حصة.

بعد ما تم الأخذ بعين الاعتبار بكل الملاحظات التي أبدتها السادة الخبراء تم إخراج البرنامج في صورته النهائية والمتكون من وحدتين:

الوحدة الأولى:صحتك في غذائك بواقع 11 حصة واختبار تحصيلي في نهايتها.

الوحدة الثانية:في الحركة بركة بواقع 8 حصص واختبار تحصيلي في نهايتها.

بالإضافة إلى حصة التطبيق الأولي لمقاييس الدراسة وحصة التعارف وشرح أهداف البرنامج وحصصه وطريقة تدريسه والمدة المحددة له وأخيرا حصة للتطبيق البعدي لمقاييس الدراسة وحصة للتطبيق التتبعي بعد 21 يوما.

12. التجريب الأولي للبرنامج:

قامت الباحثة بتجريب استطلاعي على عينة عشوائية مكونة من 5 أفراد من العينة الاستطلاعية، وهذا في جلستين احتوتا على الحصة الأولى والثانية من البرنامج وذلك من اجل:

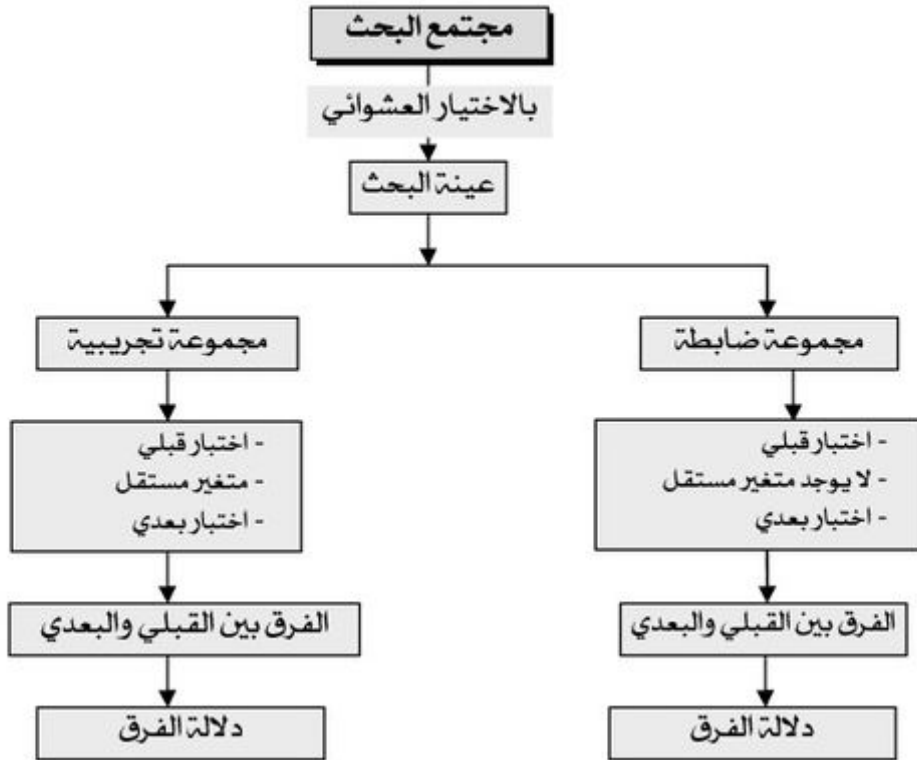
- التدرّب على تدريس والتعامل مع فئة المراهقين.
- التعرف على مدى مناسبة ووضوح المواضيع وسهولة استيعابها من طرف أفراد العينة.
- التعرف على مدى ملاءمة الوسائل والأساليب المستعملة في البرنامج.
- التعرف على مدى مناسبة زمن الحصص لممارسة الأساليب المستخدمة.
- تدريب الباحثة نفسها على تطبيق البرنامج والوقوف على الصعوبات التي قد تعترض تطبيقه.

ثالثاً: الدراسة الأساسية:

I. **منهج الدراسة:** استخدم البحث الحالي المنهج شبه التجريبي وبالتحديد التصميم التجريبي ذو المجموعتين الضابطة والتجريبية وذلك لمناسبته لطبيعة البحث الحالي وأهدافه، وبموجب هذا التصميم يقوم الباحث باختيار عينتين متماثلتين من المجتمع يوزعهما عشوائياً بين ضابطة وتجريبية، ثم يجري اختباراً قليباً لقياس المتغير التابع لدى المجموعتين قبل إدخال المتغير المستقل، ثم يعرض المجموعة التجريبية للمتغير المستقل، ويمنعه عن المجموعة الضابطة وبعد انتهاء المدة يجري اختباراً بعدياً لقياس المتغير التابع، ثم يحسب الفروق بين نتائج القياس القبلي والبعدي لكل من المجموعتين، ثم معرفة دلالة الفروق بين نتائج القياسين لكل مجموعة .

(عطية محسن ، 2009: ص 196)

وكان ذلك وفق التصميم التالي:



وقد تم الاعتماد على هذا المنهج للتحكم في المتغير المستقل وهو برنامج التربية الصحية وقياس المتغيرات التابعة له وهي سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة والوعي الصحي، مع محاولة ضبط العوامل الدخيلة من خلال المجانسة أو التكافؤ بين العينتين التجريبية والضابطة في المتغيرات التالية: السن، المستوى الاقتصادي والاجتماعي، وكذا تجانسها في نتائج المقاييس القبلية المطبقة عليهما. وقد تم إتباع الخطوات التالية في البحث الحالي لتطبيق هذا المنهج:

- (1) تطبيق مقياسي سلوكيات الخطر والوعي الصحية على مجتمع الدراسة.
- (2) حصلت الباحثة عن طريق ترتيب درجات التلاميذ على 29 فردا تذيلا للترتيب أي تحصلوا على درجات منخفضة في المقياسين معا، من بينهم 7 ذكور و 22 إناث، رفض الذكور متابعة البرنامج وتم إقصاء تلميذتين إحداهما معاقة حركيا وتستعمل كرسي متحرك والثانية تعاني من قصر حاد في النظر ورفض والداها متابعة البرنامج.
- (3) تم توزيع 20 تلميذة عشوائيا وبطريقة القرعة إلى مجموعة تجريبية وتحتوي على 10 أفراد وأخرى ضابطة وتحتوي هي الأخرى على 10 أفراد ، وأجريت المجانسة بين المجموعتين وفقا لما يتطلبه المنهج الشبه التجريبي.
- (4) تطبيق برنامج التربية الصحية على أفراد المجموعة التجريبية فقط دون الضابطة.
- (5) إعادة تطبيق أدوات الدراسة على أفراد العينتين التجريبية والضابطة لاستخراج الفروق بين متوسطات الرتب في التطبيقين القبلي والبعدي.
- (6) التطبيق التتبعي لأدوات الدراسة على المجموعة التجريبية بعد 21 يوما من إنهاء تطبيق البرنامج.
- (7) تفرغ النتائج وتحليلها.

II. المجانسة بين المجموعتين التجريبية والضابطة:

قبل تطبيق برنامج التربية الصحية المعد من طرف الباحثة تم التأكد من تجانس المجموعتين التجريبية والضابطة، لان اعتماد المنهج الشبه التجريبي يتطلب تحقيق التكافؤ بين مجموعتي الدراسة، أي التأكد من أنهما متشابهتين في جميع المتغيرات عدا المتغير المراد قياس أثره أي المتغير المستقل وهو برنامج التربية الصحية، وقد تم في دراستنا هذه المجانسة بين المجموعتين التجريبية والضابطة في المتغيرات التالية:

1- مقياس سلوكيات الخطر: تم التأكد من تجانس المجموعتين التجريبية والضابطة على

مقياس سلوكيات الخطر باستخدام اختبار مان ويتي (Mann-Whitney- U test)

لدلالة الفروق بين مجموعتين مستقلتين حسب ما هو موضح في الجدول التالي:

المتغير	المجموعة	N	متوسط الرتب	مجموع الرتب	U	W	Z	sig
مقياس سلوكيات الخطر	التجريبية	10	8,30	83	28	83	-1.671	0.01 غير دالة
	الضابطة	10	12,70	127				

الجدول رقم (17) يوضح دلالة الفروق بين متوسطات الدرجات في القياس القبلي لمقياس سلوكيات الخطر بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة

حسب النتائج الموضحة في الجدول أعلاه، فقد بلغ متوسط الرتب لأفراد المجموعة التجريبية على مقياس سلوكيات الخطر (8,30) ومجموع الرتب (83)، أما متوسط الرتب لأفراد المجموعة الضابطة على مقياس سلوكيات الخطر فقدر بـ (12,70) ومجموع الرتب (127)، في حين بلغت قيمة W (83) وقيمة Z (-1.671)، أما قيمة U المحسوبة فبلغت (28)، وهي غير دالة عند مستوى دلالة (0.01). وهذه النتيجة تعني أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعتين

التجريبية والضابطة في التطبيق القبلي على مقياس سلوكيات الخطر، أي تجانس أفراد المجموعتين بالنسبة لمستوى سلوكيات الخطر والمقدر باستخدام المقياس المعد في هذه الدراسة.

2- مقياس الوعي الصحي:

تم التأكد من تجانس المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الوعي الصحي باستخدام اختبار مان ويتي (Mann-Whitney- U test) لدلالة الفروق بين مجموعتين مستقلتين حسب ما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (18) يوضح دلالة الفروق بين متوسطات الدرجات في القياس القبلي لمقياس الوعي الصحي بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة

المتغير	المجموعة	N	متوسط الرتب	مجموع الرتب	U	W	Z	sig
مقياس الوعي الصحي	التجريبية	10	12.45	124.5	30.5	85.5	-1.477	0.01 غير دالة
	الضابطة	10	8.55	85.5				

حسب النتائج الموضحة في الجدول أعلاه، فقد بلغ متوسط الرتب لأفراد المجموعة التجريبية على مقياس الوعي الصحي (12.45) ومجموع الرتب (124.5)، أما متوسط الرتب لأفراد المجموعة الضابطة على مقياس الوعي الصحي فقدر بـ (8.55) ومجموع الرتب (85.5)، في حين بلغت قيمة W (85.5) وقيمة Z (-1.477) أما قيمة U المحسوبة فبلغت (30.5) وتعني هذه النتيجة أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في التطبيق القبلي على مقياس الوعي الصحي ، أي تجانس أفراد المجموعتين بالنسبة لمستوى الوعي الصحي والمقدر باستخدام المقياس المعد في هذه الدراسة.

3- السن (العمر الزمني):

ولاختبار تجانس أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في متغير السن استخدمت الباحثة اختبار مان - ويتي **Mann-Whitney U** ، حيث تم حساب كل من معامل الرتب ومجموع الرتب، وكذلك قيمة كل من **U** و **Z** ومستوى الدلالة بين المتوسطات في متغير السن ، حسب ما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (19) يوضح دلالة الفروق بين متوسطات الدرجات في متغير السن بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة

المتغير	المجموعة	N	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	متوسط الرتب	مجموع الرتب	U	W	Z	Sig
السن	التجريبية	10	14	0.42	10.90	109	46	101	0.62	غير دالة
	الضابطة	10	14	0.94	10,10	101				

حسب النتائج الموضحة في الجدول أعلاه تراوحت اعمار أفراد المجموعة التجريبية بين 14 و 15 سنة بمتوسط حسابي قدره 14 وانحراف معياري قدره 0,42 ، وتراوحت أعمار أفراد المجموعة الضابطة بين 14 و 17 سنة بمتوسط حسابي قدره 14 وانحراف معياري قدره 0.94. وبلغ متوسط الرتب لأفراد المجموعة التجريبية في متغير السن (10.90) ومجموع الرتب (109)، أما متوسط الرتب لأفراد المجموعة الضابطة في متغير السن فقدر بـ (10,10) ومجموع الرتب (101)، ، في حين بلغت قيمة **W** (101) وبلغت قيمة **Z** (0.62) أما قيمة **U** المحسوبة فبلغت (46)، وهي غير دالة عند مستوى دلالة (0.01). وهذا يعني عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01) في متغير السن بين أفراد المجموعة الضابطة وأفراد المجموعة التجريبية. أي تجانس أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة من حيث السن.

4- المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي:

ولاختبار تجانس أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في متغير المستوى الاقتصادي والاجتماعي تم تطبيق استمارة المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي للأسرة للأستاذ بشير معمرية (الملحق رقم 11 استمارة المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي للأسرة للأستاذ بشير معمرية) على المجموعتين التجريبية والضابطة ، واستخدمت الباحثة اختبار مان - ويتني Mann-Whitney U ، حسب ما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (20) يوضح دلالة الفروق بين متوسطات الدرجات في متغير المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي للأسرة بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة

المتغير	المجموعة	N	متوسط الرتب	مجموع الرتب	U	W	Z	sig
المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي للأسرة	التجريبية	10	10.20	102.00	47.00	102.00	-	0.815
	الضابطة	10	10.80	108.00				

حسب النتائج الموضحة في الجدول أعلاه، فقد بلغ متوسط الرتب لأفراد المجموعة التجريبية على استمارة المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي للأسرة (10.20) ومجموع الرتب (102.00) ، أما متوسط الرتب لأفراد المجموعة الضابطة على استمارة المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي للأسرة فقد بلغ (10.80) ومجموع الرتب (108.00) ، في حين بلغت قيمة W (102.00) وقيمة Z (-0.815) أما قيمة U المحسوبة فبلغت (47.00) وهي قيمة غير دالة عند 0.01 وتعني هذه النتيجة أنه لا توجد فروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي للأسرة ، أي تجانس أفراد المجموعتين في المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي للأسرة.

.III البرنامج في صورته النهائية :

الجلسات	الأهداف التعليمية	محتوى الدرس	الوسائل	الطرق	الأنشطة التدريبية	الزمن
الجلسة 1 الغذاء والتغذية	<ul style="list-style-type: none"> - التعرف على الفرق بين الغذاء والتغذية - التعرف على أهمية الغذاء لحياة الإنسان - التعرف على الأدوار الأساسية للغذاء : الطاقة، البناء، الوقاية والمناعة. - التعرف على علاقة التغذية بالنمو. - التعرف على علاقة التغذية بالوقاية من الأمراض. - التعرف على علاقة التغذية بالتحصيل العلمي. 	<ul style="list-style-type: none"> - تعريف الغذاء - تعريف التغذية - أهمية الغذاء - دور الغذاء - علاقة التغذية بالنمو. - علاقة التغذية بالوقاية من الأمراض. - علاقة التغذية بالتحصيل العلمي. 	<ul style="list-style-type: none"> - سبورة ، اقلام -جهاز عرض الشرائح - حاسوب 	<ul style="list-style-type: none"> - محاضرة - العصف الذهني 	<ul style="list-style-type: none"> - الترحيب - إلقاء المحاضرة - اجراء نقاش حول السؤال التالي: لماذا ناكل؟ وماهي اهمية الطعام لجسم الانسان ؟تشجيع الطلبة على المشاركة وتسجيل إجابتهم على السبورة مع تصنيف الاجابات تحت 3 عناوين رئيسية هي: الطاقة، البناء، الوقاية والمناعة. - نشاط فردي للجلسة القادمة (نموذج تسجيل الوجبات الغذائية للطلاب خلال الاسبوع) 	<ul style="list-style-type: none"> - 2د - 30د - 18د - 5د
الجلسة 2 التربية الغذائية	<ul style="list-style-type: none"> - التعرف على مجال التربية الغذائية - التعرف على دور الاسرة في التربية الغذائية - التعرف على دور المدرسة في التربية الغذائية - الوقوف عند اهم النقاط التي لها دور في المحافظة على الصحة 	<ul style="list-style-type: none"> - تعريف التربية الغذائية - دور الاسرة في التربية الغذائية - دور المدرسة في التربية الغذائية - الممارسات الغذائية وعلاقتها ببعض الامراض - 7 ممارسات لتغذية صحية 	<ul style="list-style-type: none"> - سبورة ، اقلام - جهاز عرض الشرائح - حاسوب - فيديو 	<ul style="list-style-type: none"> - فيديو - محاضرة - مشروع جماعي 	<ul style="list-style-type: none"> - الترحيب - مناقشة النشاط الفردي للدرس السابق - مشاهدة الفيديو - القاء المحاضرة - مشروع جماعي: اقترح نموذجا لوجبات غذائية صحية (فطور غداء وعشاء) 	<ul style="list-style-type: none"> - 2د - 10د - 10د - 30د - 8د

<p>2- - الترحيب</p> <p>5- - مراجعة الدرس السابق</p> <p>3- - توزيع هرم التغذية على كل طالب</p> <p>25- - اللقاء المحاضرة</p> <p>10- - نقاش</p> <p>10- - تقييم نشاط الجلسة السابقة(نموذج تسجيل الوجبات الغذائية)</p> <p>5- - نشاط فردي اعداد قائمة لوجبة غداء تحتوي على جميع العناصر الغذائية</p>	<p>- العصف الذهني</p> <p>- محاضرة</p>	<p>- سبورة ،اقلام</p> <p>- جهاز عرض الشرائح</p> <p>- حاسوب</p> <p>- نسخ بعدد الطلبة الهرم الغذائي</p>	<p>- تعريف المجموعات الغذائية بصفة عامة</p> <p>- تعريف كل نوع (أغذية البناء والطاقة والوقاية) ومصادر كل منها</p>	<p>- التعرف على أنواع العناصر الغذائية</p> <p>- التفريق بين أغذية البناء والطاقة والوقاية</p> <p>- إعطاء أمثلة لمصادر أغذية كل نوع</p>	<p>الجلسة 3</p> <p>المجموعات الغذائية (العناصر الغذائية) وأهميتها</p>
<p>5- - مراجعة الدرس السابق</p> <p>15- - تقييم النشاط الفردي</p> <p>20- - محاضرة حول اهمية</p> <p>15- - التوازن الغذائي وأنواع الغذاء التي تتناسب مع مرحلة المراهقة.</p> <p>5- - مقارنة بين التغذية السليمة والتغذية غير السليمة.</p>	<p>- طريقة الربط</p> <p>- محاضرة</p>	<p>- سبورة ،اقلام</p> <p>- جهاز عرض الشرائح</p> <p>- حاسوب</p> <p>- لوح قلاب به مقارنة بين اثار التغذية السليمة والتغذية غير السليمة.</p> <p>- نسخ بعدد الطلبة جدول به المقارنة بين اثار التغذية السليمة والتغذية غير السليمة.</p>	<p>- اثر نقص كل نوع من الاغذية على صحة المراهق</p> <p>- اهمية التوازن الغذائي</p>	<p>- تفهم العلاقة بين نقص العناصر الغذائية والحالة الصحية للمراهق</p> <p>- تقدير اهمية التوازن الغذائي من خلال تقييم محتويات الوجبات</p> <p>- التعرف على اثار التغذية السليمة والتغذية غير السليمة.</p>	<p>الجلسة 4</p> <p>العلاقة بين التغذية والحالة الصحية</p>

<p>3- د - 10- د</p>	<p>- الترحيب - نشاط جماعي: تدوين اهم الامراض التي تعرفها المجموعة عن امراض سوء التغذية واسبابها. - تعلق الاوراق ويتم مناقشة كل الافكار جماعيا - اللقاء المحاضرة - إعطاء التمرين الفردي حول أغذية مستهلكة من طرف مراهق خلال 24 ساعة والكميات المطلوب تناولها في هذه الفترة. - نقاش - نشاط فردي للجلسة القادمة البحث عن كيفية حساب الوزن المثالي</p>	<p>- نشاط جماعي - محاضرة - نشاط فردي لإيجاد الفرق بين أغذية مستهلكة من طرف مراهق خلال 24 ساعة والكميات المطلوب تناولها في هذه الفترة.</p>	<p>- سبورة واقلام - جهاز عرض الشرائح - حاسوب - أوراق كبيرة وأقلام</p>	<p>- الامراض الناتجة عن سوء التغذية: • الكساح • الكواشيوركور • التدرق • فقر الدم • قصر القامة • تسوس الأسنان</p>	<p>- التعرف على أنماط الأمراض الناتجة عن سوء التغذية - التعرف على كيفية تفادي أمراض الفاقات الغذائية</p>	<p>الجلسة 5 امراض سوء التغذية</p>
<p>2- د 10- د 40- د 8- د</p>	<p>- الترحيب - استرجاع الدرس السابق - اللقاء المحاضرة - نشاط فردي حساب كتلة الجسم وتقدير الوزن (نحافة، عادي او بدانة)</p>	<p>- العصف الذهني - محاضرة - نشاط فردي</p>	<p>- سبورة ،اقلام - جهاز عرض الشرائح - حاسوب - توزيع جدول به تصنيف الاشخاص حسب مؤشر كتلة الجسم.</p>	<p>- تعريف الوزن الصحي - تحديد أسباب الزيادة في الوزن - تصنيف الاشخاص حسب مؤشر كتلة الجسم - الأمراض الناتجة عن الزيادة في الوزن - اهمية الحفاظ على الوزن الصحي من خلال التغذية.</p>	<p>- مساعدة الطلبة على تفهم أهمية الوزن الصحي - التعرف على اسباب الزيادة في الوزن وعلاقته بالتغذية - التعرف على تصنيف الاشخاص حسب مؤشر كتلة الجسم - التعرف على كيفية المحافظة على الوزن الصحي من خلال الممارسات الغذائية</p>	<p>الجلسة 6 التغذية السليمة والمحافظة على الوزن الصحي</p>

<p>2- د 10- د 5- د 5- د 20- د 18- د</p>	<p>- الترحيب - استرجاع الدرس السابق - جمع النشاط الفردي حول الوجبة اليومية المتوازنة للتلميذ وقسط وجبة فطور الصباح منها - توزيع المطوية - اللقاء المحاضرة - نقاش</p>	<p>- محاضرة - العصف الذهني</p>	<p>- جهاز عرض الشرائح - حاسوب - مطوية</p>	<p>-وجبة فطور الصباح - أسباب عدم اهتمام المراهقين بوجبة فطور الصباح - انعكاسات عدم تناول وجبة فطور الصباح على صحة المراهق - امثلة حول مكونات فطور الصباح نصائح تتعلق بفطور الصباح</p>	<p>- التعرف على اهمية فطور الصباح - التعرف أسباب عدم الاهتمام بوجبة فطور الصباح الانعكاسات عدم تناول وجبة فطور الصباح على صحة المراهق - التعرف على مكونات فطور الصباح لصحة جيدة للمراهق</p>	<p>الجلسة 7 فطور الصباح</p>
<p>2- د 18- د 20- د 20- د</p>	<p>- الترحيب - النشاط الجماعي حول مفهوم وخصائص الوجبات السريعة واسباب انتشارها - مناقشة - نشاط جماعي كيف يمكن التقليل من مشكل الوجبات السريعة</p>	<p>- مطوية - نشاط جماعي</p>	<p>- سبورة ،اقلام - اوراق كبيرة و اقلام - اوراق معدة سابقا بمحتوى الدرس</p>	<p>- مفهوم الوجبات السريعة - خصائص الوجبات السريعة - اسباب انتشار الوجبات السريعة - اخطاء شائعة في غذاء المراهقين</p>	<p>- التعرف على ماهية الوجبات السريعة - التعرف على اخطار الوجبات السريعة - التعرف على بعض الامراض وعلاقتها بالوجبات السريعة</p>	<p>الجلسة 8 الوجبات السريعة</p>

<p>2د - 10د - 25د - 10د - 8د - 5د -</p>	<p>- الترحيب - نشاط فردي في الأوراق الكبيرة هناك مجموعتين من العناصر يتم ربط كل عنصر من المجموعة 1 لما يناسبها في المجموعة 2 - المحاضرة - نشاط جماعي حول أخطاء المراهقين في تناول المشروبات الغازية - نقاش - نشاط فردي قراءة موضوع او مقال عن المضافات الغذائية</p>	<p>- العصف الذهني - نشاط جماعي</p>	<p>- سبورة، أقلام - جهاز عرض الشرائح - حاسوب - أوراق كبيرة</p>	<p>- تعريف المشروبات الغازية - انواع المشروبات الغازية - القيمة الغذائية للمشروبات الغازية - المخاطر الصحية للمشروبات الغازية - المشروبات الغازية و: • تسوس الأسنان • التوتر • العظام • السرطان</p>	<p>- التعرف على اخطار المشروبات الغازية - التعرف على علاقة المشروبات الغازية ببعض الأمراض</p>	<p>الجلسة 9 المشروبات الغازية</p>
<p>2د - 2د - 16د - 30د - 10د -</p>	<p>- الترحيب - توزيع المطوية - تقسيم محاور المطوية على المجموعات تتولى كل مجموعة شرح العنصر الخاص بها - مناقشة - إحضار مواد مستعملة يوميا تحتوي على مواد مضافة وتوضيح كمية كل مادة .</p>	<p>- نشاط جماعي - طريقة الربط في مثال عن الأغذية اليومية. - طريقة حل المشكلات في النشاط الجماعي</p>	<p>- سبورة، أقلام - مطوية - أوراق كبيرة - مواد غذائية تتمثل في : عصير مصنع ،ياوورت ،شكلاطة.</p>	<p>- تعريف المضافات الغذائية - بعض الأطعمة اليومية المحتوية على المضافات الغذائية - بدائل المضافات الغذائية</p>	<p>- التعرف على انواع المضافات الغذائية - التعرف على أخطار المضافات الغذائية - التعرف على علاقة المضافات الغذائية ببعض الأمراض</p>	<p>الجلسة 10 المواد المضافة للأغذية</p>

<p>الجلسة 11</p>	<p>- التعرف على أهمية تناول الألياف - التعرف على أهمية شرب الماء - التعرف على أهم التوصيات الصحية في الغذاء اليومي</p>	<p>- تعريف الألياف الغذائية - الفوائد الصحية للألياف الغذائية - أهمية شرب الماء بكميات معتبرة لصحة المراهق - التوصيات النهائية لصحة جيدة بتغذية متوازنة</p>	<p>- سبورة، أقلام - أوراق كبيرة مقاس 70*50 بعدد المجموعات - شريط لاصق - لوحة قلاية - ملحق التغذية السليمة في مرحلة المراهقة (يوزع بعدد الطلبة)</p>	<p>- مشروع جماعي - تقنية حل المشكلات</p>	<p>- الترحيب - مناقشة النشاط الجماعي للدرس السابق - تقنية حل المشكلات بتدوين كل مجموعة لمعارفها حول عناصر الدرس ومناقشتها جماعيا - عرض الإجابات الصحيحة للدرس في اللوحة القلاية. - نقاش</p>	<p>د2 - د15 - د20 - د10 - د13 -</p>
<p>اختبار تحصيلي لوحدة صحتك في غذائك</p>						
<p>الجلسة 12 تقويم</p>	<p>- التعرف على ماهية النشاط البدني - إدراك أهمية النشاط البدني - التعرف على فوائد ممارسة النشاط البدني بالنسبة للأطفال والمراهقين - تفهم ضرورة تخصيص وقت لممارسة الرياضة</p>	<p>- تعريف النشاط البدني - أهمية النشاط البدني • العضوية • النفسية - فوائد ممارسة النشاط البدني بالنسبة للأطفال والمراهقين - الأوقات المناسبة للممارسة الرياضية</p>	<p>- سبورة، أقلام - حاسوب - فيديو تعليمي - أوراق كبيرة + أقلام مدون فيها عبارات عن النشاط البدني ويضع كل طالب صحيح أو خطأ</p>	<p>- تمثيل الجلوس أمام التلفاز مع الأكل - فيديو - محاضرة</p>	<p>- الترحيب - الإجابة على الأوراق الكبيرة - فيديو تعليمي حول أهمية النشاط البدني وفوائده - إلقاء المحاضرة مع تصحيح الأخطاء - نقاش</p>	<p>د2 - د15 - د10 - د30 - د3 -</p>
<p>الجلسة 13 النشاط البدني وأهميته</p>						

<p>2-د 15 د 10-د 10- 15- 8-د</p>	<p>- الترحيب - محاضرة حول مفهوم التربية البدنية والرياضة - عمل جماعي حول الأهداف العامة للتربية البدنية والرياضة وكتابتها في أوراق كبيرة - عرض عمل المجموعات - استعمال اللوح القلاب تصحيح المفاهيم حول الأهداف العامة للتربية البدنية والرياضة - نقاش</p>	<p>- العصف الذهني - أسئلة محفزة - عمل مجموعات وعرض</p>	<p>- سبورة، أقلام - حاسوب - جهاز عرض الشرائح - أوراق كبيرة الحجم - اللوح القلاب - أقلام خاصة بالطالبة</p>	<p>- مفهوم التربية البدنية - المفهوم التربوي للتربية البدنية والرياضة - الأهداف العامة للتربية البدنية والرياضة: - التنمية البدنية - التنمية الحركية - الترويح وأنشطة الفراغ - التنمية المعرفية - التنمية النفسية - التنمية الاجتماعية - التنمية الجمالية والتذوق الحركي</p>	<p>- التعرف على مفهوم التربية البدنية. - التعرف على المفهوم التربوي للتربية البدنية والرياضة. - التعرف على الأهداف العامة للتربية البدنية والرياضة. - التعرف على الأهداف العامة لمادة التربية البدنية والرياضة في المرحلة المتوسطة.</p>	<p>الجلسة 14 التربية البدنية</p>
<p>2-د 10-د 15-د 15-د 3-د</p>	<p>- الترحيب - أسئلة محفزة حول أهمية النشاط البدني - مشاهدة الفيديو - عمل ثنائي حول اختيار مرض و أهمية النشاط البدني بالنسبة له. - نقاش - نشاط فردي التغيرات الفزيولوجية الطبيعية الناتجة عن ممارسة الرياضة</p>	<p>- فيديو حول أهمية النشاط البدني بالنسبة للأشخاص المصابين بالأمراض المزمنة. - تمرين ثنائي حول تدوين أهمية التمارين الرياضية بعد مشاهدة الفيديو.</p>	<p>- سبورة، أقلام - حاسوب - جهاز عرض الشرائح</p>	<p>- النشاط البدني والقلب - النشاط البدني والسرطان - النشاط البدني وآلام الظهر - النشاط البدني وهشاشة العظام - النشاط البدني والسكري - النشاط البدني والسمنة - النشاط البدني عند النساء</p>	<p>- التعرف على أهمية النشاط البدني للوقاية من بعض الأمراض - التعرف على أهمية النشاط البدني بالنسبة للمرأة</p>	<p>الجلسة 15 النشاط البدني وصحة الجسم</p>

<p>الجلسة 16</p> <p>النشاط البدني وصحة المراهق</p>	<p>- التعرف على فوائد النشاط البدني بالنسبة للمراهق.</p> <p>- التعرف على التغيرات الفزيولوجية الطبيعية الناتجة عن ممارسة النشاط الرياضي.</p> <p>- التعرف على دور النشاط البدني في الوقاية من الامراض المزمنة لدى المراهق.</p> <p>- التعرف على النشاطات البدنية الملائمة للمراهق.</p>	<p>- فوائد النشاط البدني بالنسبة للمراهق:</p> <ul style="list-style-type: none"> • الفوائد الجسدية. • الفوائد النفسية. <p>- التغيرات الفزيولوجية الطبيعية الناتجة عن ممارسة النشاط الرياضي.</p> <p>- دور النشاط البدني في الوقاية من الامراض المزمنة لدى المراهق (الوقاية من الامراض المزمنة يبدأ في سن مبكرة).</p> <p>- النشاطات البدنية الملائمة للمراهق.</p>	<p>- أوراق كبيرة +أقلام</p> <p>- شريط لاسق</p> <p>- سيورة واقلام</p> <p>- حاسوب</p> <p>- جهاز عرض الشرائح</p>	<p>- تمرين قياس نبضات القلب</p> <p>- المحاضرة</p> <p>- نشاط جماعي</p>	<p>- الترحيب</p> <p>- قياس نبضات القلب في وضعية الراحة</p> <p>- قياس نبضات القلب بعد التنفس السريع</p> <p>- لقاء محاضرة حول فوائد النشاط البدني بالنسبة للمراهق:</p> <ul style="list-style-type: none"> • الفوائد الجسدية. • الفوائد النفسية. <p>والتغيرات الفزيولوجية الطبيعية الناتجة عن ممارسة النشاط الرياضي.</p> <p>- اجراء التمرين الجماعي حول دور النشاط البدني في الوقاية من الامراض المزمنة لدى المراهق.</p> <p>- عرض عمل المجموعات</p> <p>- نقاش</p>	<p>- 2د</p> <p>- 2د</p> <p>- 2د</p> <p>- 15د</p> <p>- 10د</p> <p>- 10د</p> <p>- 20د</p>
--	--	--	---	---	--	---

<p>الجلسة 17</p> <p>النشاط البدني والترفيه</p>	<p>- تحديد فوائد الراحة والترفيه على الوضع الجسدي والنفسي.</p> <p>- التعرف على الاماكن المناسبة للترفيه والظروف الملائمة لتحقيق ذلك.</p> <p>- تحديد المعوقات الاساسية لممارسة الراحق للرياضة.</p>	<p>- فوائد الراحة والترفيه على الوضع الجسدي والنفسي.</p> <p>- الاماكن المناسبة للترفيه والظروف الملائمة لتحقيق ذلك.</p> <p>- معوقات ممارسة المراهق للرياضة.</p>	<p>- أوراق كبيرة +أقلام</p> <p>- شريط لاسق</p> <p>- سبورة واقلام</p> <p>- نسخ بعدد الطلبة مطبوعة الرياضة والترفيه</p>	<p>- العصف الذهني.</p> <p>- طريقة الربط.</p> <p>- نشاط فردي</p> <p>- تمرين منزلي</p>	<p>- الترحيب</p> <p>- سؤال الطلبة حول فوائد الراحة والترفيه على الوضع الجسدي والنفسي ، والاماكن المناسبة للترفيه والظروف الملائمة لتحقيق ذلك وتدوين الاجابات على السبورة.</p> <p>- نقاش</p> <p>- على الاوراق الكبيرة والمكتوب بها معوقات ممارسة المراهق للرياضة يقوم الطالب بالاشارة الى ما يراه مناسباً له.</p> <p>- النقاش حول كيفية التعامل مع اكثر المعوقات التي تواجه المجموعة كلها.</p> <p>- توزيع مطبوعة حول الرياضة والترفيه.</p> <p>- تمرين منزلي اكتب مقالا تتحدث فيه عن انتشار السمنة بين المراهقين واسبابها.</p>	<p>- 2د</p> <p>- 10د</p> <p>- 10د</p> <p>- 10د</p> <p>- 20د</p> <p>- 5د</p> <p>- 3د</p>
--	---	---	---	--	--	---

<p>الجلسة 18</p> <p>الصحة واللياقة ومفاهيم متعلقة باللياقة البدنية</p>	<ul style="list-style-type: none"> - التعرف على مفهوم اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة - اكتساب مهارات التدريب البدني - اتباع قواعد السلامة عند ممارسة الأنشطة الرياضية - تحديد كيفية مواجهة المشاكل المسببة لعدم مواصلة الأنشطة البدنية - بعض القواعد الصحية لتحسين اللياقة البدنية 	<ul style="list-style-type: none"> - مفهوم اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة - مهارات التدريب البدني - قواعد السلامة عند ممارسة الأنشطة الرياضية - مواجهة المشاكل المسببة لعدم مواصلة الأنشطة البدنية - القواعد الصحية لتحسين اللياقة البدنية 	<ul style="list-style-type: none"> - حاسوب - جهاز عرض - الشرائح - اقلام - اوراق صغيرة 	<ul style="list-style-type: none"> - محاضرة من طرف مختص في الرياضة. - لقاء المحاضرة - طرح الاسئلة - النقاش 	<ul style="list-style-type: none"> - 5د - 20د - 10د - 25د
<p>الجلسة 19</p> <p>دور النشاط البدني في الوقاية والعلاج من السمنة</p>	<ul style="list-style-type: none"> - التعرف على علاقة السمنة بالخمول البدني. - التعرف على طرق الوقاية من السمنة عن طريق النشاط البدني. - التعرف على طرق علاج السمنة عن طريق النشاط البدني والحمية الغذائية. 	<ul style="list-style-type: none"> - علاقة السمنة بالخمول البدني. - طرق الوقاية من السمنة عن طريق النشاط البدني. - طرق علاج السمنة عن طريق النشاط البدني والحمية الغذائية. 	<ul style="list-style-type: none"> - حاسوب - جهاز عرض - الشرائح - اقلام - اوراق كبيرة - مطوية 	<ul style="list-style-type: none"> - العصف الذهني - تمرين منزلي - تمرين جماعي يتمثل ترتيب اهمية بعض الممارسات في الوقاية من السمنة. - محاضرة حول طرق الوقاية من السمنة عن طريق النشاط البدني. - نشاط جماعي حاول ترتيب الممارسات التي امامك حسب اهميتها في علاج السمنة + النقاش. - توزيع المطوية. 	<ul style="list-style-type: none"> - 2د - 10د - 10د - 15د - 18د - 5د

<p>- 2د - 10د - 10د - 20د - 18د</p>	<p>-الترحيب - مشاهدة الفيديو حول اهمية الغذاء في تحسين الأداء الرياضي. - تمرين جماعي عن اهم التغييرات الفسيولوجية الناتجة عن ممارسة النشاط الرياضي وعلاقتها بالتغذية . - عرض الاجابة عن التمرين . - عرض توضيحي حول أهمية الغذاء للرياضيين .</p>	<p>- فيديو تعليمي - حل المشكلات - نشاط جماعي</p>	<p>- جهاز عرض الشرائح - حاسوب - اوراق كبيرة+اقلام</p>	<p>- أهمية الغذاء في تحسين الأداء الرياضي . - التغييرات الفسيولوجية التي تطرأ علي الجسم نتيجة لممارسة النشاط الرياضي وعلاقتها بالتغذية - مصادر الطاقة الغذائية - أثناء النشاط الرياضي . - أهمية الغذاء للرياضيين</p>	<p>- التعرف على أهمية الغذاء في تحسين مستوى الأداء الرياضي - التعرف على التغييرات الفسيولوجية التي تطرأ علي الجسم نتيجة لممارسة النشاط الرياضي - التعرف على مصادر الطاقة الغذائية - أثناء النشاط الرياضي. - التعرف على أهمية الغذاء للرياضيين .</p>	<p>الجلسة 20 التغذية وعلاقتها بالتربية البدنية</p>
<p>اختبار تحصيلي لوحدة في الحركة بركة</p>						<p>الجلسة 21</p>
<p>التطبيق البعدي لمقياس سلوكيات الخطر ومقياس الوعي الصحي للمجموعتين التجريبية والضابطة</p>						<p>الجلسة 22</p>
<p>التطبيق التتبعي لمقياس سلوكيات الخطر ومقياس الوعي الصحي على العينة التجريبية</p>						<p>الجلسة 23</p>

IV. الأساليب الإحصائية المستعملة في الدراسة:

لقد تم الاستعانة بالعديد من الأساليب الإحصائية في معالجة البيانات وذلك باستخدام الحزمة

الإحصائية (SPSS) الإصدار 21.0، وهي:

- المتوسط الحسابي.
- الانحراف المعياري.
- معامل الارتباط بيرسون (Pearson).
- متوسط الرتب.
- مجموع الرتب.
- اختبار ويلكوكسون (Wilcoxon) للمجموعات المرتبطة.
- اختبار مانويتني (Mann-Whitney U) للمجموعات المستقلة.



الفصل السادس:
عرض ومناقشة النتائج

تمهيد:

سيتم في هذا الفصل اختبار الفرضيات التي تمت صياغتها في الجانب النظري من اجل الكشف عن مدى فعالية برنامج التربية الصحية الموجه لتلاميذ السنة الثالثة من التعليم المتوسط في تغيير سلوكيات الخطر إلى سلوكيات صحية وتنمية الوعي الصحي لدى أفراد المجموعة التجريبية، حيث تم الاستعانة باختبار مان ويتي للتأكد من دلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية و الضابطة بعد تطبيق البرنامج ، وكذلك اختبار ويلكوكسن لدلالة الفروق في مستوى سلوكيات الخطر والوعي الصحي لدى المجموعتين على حد سواء قبل وبعد تطبيق البرنامج، كما سيتم مناقشة النتائج المتحصل عليها في ظل الدراسات السابقة والفرضيات وما تم تناوله في ادبيات الدراسة وصولا إلى استنتاج الدراسة ، توصيات واقتراحات.

أولاً: عرض ومناقشة النتائج

1. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الاولى والتي مفادها: توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس سلوكيات الخطر. وللتحقق من صحة هذا الفرضية استخدمت الباحثة اختبار ويلكوكسون لعينتين مرتبطتين، وذلك لإيجاد القيمة العددية للدرجة المعيارية، كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (21) يوضح نتائج قيمة اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس سلوكيات الخطر

المجموعة	الرتب	N	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	قيمة P	القرار
التجريبية(تطبيق قبلي / تطبيق بعدي)	رتب سالبة	0	0	0	-2,803	0.01	دالة
	رتب موجبة	10	5,50	55			

حسب النتائج الموضحة في الجدول أعلاه بلغ متوسط الرتب السالبة لأفراد المجموعة التجريبية على مقياس سلوكيات الخطر (0) وبمجموع (0)، أما متوسط الرتب الموجبة فقدر بـ (5.50) وبمجموع (55)، في حين بلغت قيمة Z (- 2.803)، أما قيمة P فبلغت (0.005) وهذه النتيجة تعني أنه توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01) بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس سلوكيات الخطر لصالح التطبيق البعدي.

من خلال النتائج المذكورة أعلاه نرى أن الفرضية الأولى والتي مفادها توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس سلوكيات الخطر قد تحققت، وهذا ما يتفق مع كل الدراسات السابقة والتي تناولت برامج التربية الصحية كدراسة صالح 2002 والتي توصلت إلى أنه يوجد فرق دال إحصائياً عند مستوى (0.01) بين متوسطي درجات تلاميذ المجموعة التجريبية في التطبيق القبلي و البعدي لصالح التطبيق البعدي، أما دراسة J. Aagaard-Hansen and B. B. ،W. Onyango-Ouma Jensen فقد توصلت إلى أن الطلاب اكتسبوا مفاهيم صحية جديدة ، وان هناك إمكانية لتعديل وتوسيع المفاهيم الصحية والمرضية للمتعلمين من خلال التربية الصحية الموجهة. في حين توصلت دراسة مجدي رجب إسماعيل 2000 إلى انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات التلميذات (بنات) في مقياس الاتجاهات نحو الوقاية من مرض الإيدز والأمراض المنقولة جنسياً قبل وبعد دراسة الوحدة المقترحة لصالح التطبيق البعدي .

إن النتائج المتوصل إليها تؤكد فاعلية برنامج التربية الصحية في تحسين مستوى سلوكيات الصحة لدى أفراد المجموعة التجريبية الذين تم تطبيق البرنامج عليهم من مستوى خطر إلى مستوى

صحي ويمكن إرجاع هذه النتيجة إلى عدة أسباب أولها ما لاحظته الباحثة على معلومات ومعارف المجموعة التجريبية حول ماهية السلوك الصحي سواء الغذائي أو الرياضي ،حيث انه وخلال الحصص التعليمية لاحظت الباحثة أن هناك قصور كبير بل وخطير في مدى ممارسة التلميذات للسلوكات الصحية والتي أهمها فطور الصباح،الأكل المتوازن وفي أوقات منتظمة،شرب المقدار الموصى به من الماء في اليوم ،ممارسة الرياضة اليومية، الحفاظ على الوزن المثالي،تناول الألياف والفواكه والخضار،الاعتدال أثناء الجلوس والمشي ،حمل أشياء تفوق الوزن...الخ،أيضا لعبت الأساليب والطرق المستعملة في تدريس البرنامج دورا كبيرا في تحفيز التلميذات على التعلم النشط والاستفادة من البرنامج خاصة عند استعمال أسلوب حل المشكلات والتعلم الفردي والمشاريع الفردية وربط ما يتم تعلمه بالحياة اليومية وبالاحتياجات الأساسية للتلميذات في فترة المراهقة ، كما أن البرنامج قد أتاح الفرصة للمجموعة التجريبية من خلال محتواه إلى الخروج من المناهج المعتادة والتي تعتمد ربما على التعلم الكلاسيكي دون ربطها بواقع المتعلمين.

ويمكن أيضا إرجاع هذه النتيجة إلى فاعلية أسلوب المحاضرات والنقاش الجماعي في إعطاء الفرصة للتعلم أكثر في المشكلات الصحية التي تواجه المجموعة وكيفية التعامل مع كل مشكلة بإعطاء الحلول الملائمة. وأيضا تقديم التغذية الراجعة في نهاية كل درس والتي تساعد التلميذ على تصحيح أخطائه واستعمال التعزيز أثناء ممارسة سلوكات صحية كتناول فطور الصباح يوميا والحرص على تناول الخضر والفواكه المختلفة وربط ذلك بالحياة المستقبلية لأفراد المجموعة التجريبية جعلهم أكثر إقبالا على محتوى البرنامج وتطبيق ذلك في حياتهم اليومية.

كما أن التربية الصحية في إطار المدرسة تساعد على اكتساب العادات والسلوكيات والممارسات الصحية السليمة وذلك بالتعود عليها في هذه السن ، وأن الارتفاع بالمستوى الصحي للتلاميذ يؤدي إلى آثار ايجابية تمتد إلى أولياء أمورهم وعائلاتهم وهذا ما اشرنا إليه في الجانب

النظري حيث يرى الفراء 1984 أن التربية الصحية تعتبر جزءاً هاماً من العملية التربوية التي يتحقق من خلالها عن طريق تزويد المتعلم بالمعلومات والخبرات بهدف التأثير في معارفه واتجاهاته وسلوكه وإكسابه عادات صحية سليمة تساعده على العيش في مجتمع سليم.

والعملية التربوية التي لا تنتهي إلى سلوك وممارسة لا يمكن الحكم عليها بأنها قد حققت أغراضها كاملة ، لذلك فإن التربية الصحية لا يقاس مدى نجاحها بمقدار ما أستوعبه الأشخاص من معلومات ومعارف وحقائق صحية ، أو بارتباط هذه المعارف بوجودهم ، إنما يقاس بمقدار ما يطبقونه من هذه المعلومات في حياتهم العملية ، وطريقة تعرضهم في حالة حدوث مشكلة صحية في محيطهم وسلوكهم الصحي بصفة عامة.

(حجر سليمان و الأمين محمد ، 2002: ص 3-4)

II. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية والتي مفادها: لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي على مقياس سلوكيات الخطر. وللتحقق من صحة هذا الفرضية استخدمت الباحثة اختبار ويلكوسون لعينتين مرتبطتين، وذلك لإيجاد القيمة العددية للدرجة المعيارية، كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (22) يوضح نتائج قيمة اختبار ويلكوسون لدلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة على مقياس سلوكيات الخطر

المجموعة	الرتب	N	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	قيمة P	القرار
الضابطة (تطبيق قبلي / تطبيق بعدي)	رتب سالبة	4	3.75	15	-0.170	0.86	غير دالة
	رتب موجبة	3	4.33	13			

حسب النتائج الموضحة في الجدول أعلاه بلغ متوسط الرتب السالبة لأفراد المجموعة الضابطة على مقياس سلوكيات الخطر (3.75) وبمجموع (15)، أما متوسط الرتب الموجبة فقدر بـ (4.33) وبمجموع (13)، في حين بلغت قيمة Z (- 0.170)، أما قيمة P فبلغت (0.86) ، وهذه النتيجة تعني أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي على مقياس سلوكيات الخطر .

من خلال النتائج المذكورة أعلاه نرى أن الفرضية الثانية والتي مفادها لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي على مقياس سلوكيات الخطر قد تحققت، وقد اتفقت هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة كدراسة العمودي 2007 والتي توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة الضابطة في التطبيق القبلي والبعدي في اختبار اكتساب المعلومات الصحية ، أما في الدراسة الحالية فقد لوحظ بقاء درجات المجموعة الضابطة التي لم تتلقى أي تدخل تربوي كما هي ، ولم يبدو عليها أي تغيير ذو دلالة ، وقد تكون معلومات ومعارف واتجاهات التلاميذ الصحية والتي ظلت ثابتة أو كما هي السبب في هذه النتيجة لان السلوك الصحي كما يعرفه جوشمان Gochman بوصفه الصفات الشخصية المميزة مثل المعتقدات والتوقعات والحوافز والقيم والادراكات وعناصر معرفية أخرى وتتضمن الصفات المميزة للشخصية حالات وسمات مؤثرة وانفعالية وأنماط السلوك الظاهرية والأفعال والعادات المرتبطة بالمحافظة على الصحة (Glanz, K. Barbara, K. R. 2008) أي أن السلوك الصحي ما هو إلا انعكاس للاتجاهات والمعارف والمعلومات الصحية التي يمكن أن تتغير عن طريق التربية الصحية وهذا ما لم يحصل عليه أفراد المجموعة الضابطة.

كما أن غياب المواضيع الصحية من المناهج الدراسية قد يكون سببا في عدم تطور مفاهيم ومعارف وبالتالي سلوكيات المجموعة الضابطة عكس المجموعة التجريبية التي كان التغيير في سلوكها نتيجة اثر برنامج التربية الصحية، وهذه النتائج لا تتفق مع ما توصلت إليه دراسة المركز القومي للبحوث التربوية لدول الخليج العربي 1982 إلى أن مناهج المواد الدراسية اعطت عناية واضحة للتربية الصحية ، وهذا ما يؤكد الاهتمام بمبدأ التكامل بين المواد الدراسية من ناحية ، والارتباط الوثيق بين الجانب الصحي والتربوي بشكل عام في تعديل سلوك التلميذ من ناحية أخرى، وهذا ما لاحظت الباحثة عكسه في مناهجنا أو المواد الدراسية حيث وبعد الاطلاع على كتب العلوم والتي من المفروض أن تتضمن مواضيع خاصة بالصحة وجدت أن هناك قصور كبير بها من هذه الناحية، وفي كل كتب السنوات الأربع لمرحلة التعليم المتوسط ، أي أن هناك غياب واضح لأي مواضيع صحية تمس حياة الفرد في هذه المرحلة وحتى في المراحل الأخرى ، وهذا ما يفسر انخفاض درجات أفراد المجموعة الضابطة والتجريبية قبل البرنامج ، وبقاء درجات المجموعة الضابطة كما هي ودون أي تغيير ذو دلالة بعد البرنامج .

III. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة والتي مفادها: توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط

رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي على

مقياس سلوكيات الخطر.

وللتحقق من صحة هذه الفرضية استخدمت الباحثة اختبار مان-ويتني لدلالة الفروق بين

مجموعتين غير مرتبطتين، كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (23) يوضح نتائج قيمة اختبارمان-ويتني لدلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس سلوكيات الخطر في التطبيق البعدي

المجموعة	N	متوسط الرتب	مجموع الرتب	U	W	Z	قيمة P	القرار
التجريبية (بعدي)	10	15.5	155.00	0.00	55.00	-3.784	0.001	دالة
الضابطة (بعدي)	10	5.5	55.00					

حسب النتائج الموضحة في الجدول أعلاه، فقد بلغ متوسط الرتب لأفراد المجموعة التجريبية على مقياس سلوكيات الخطر (15.5) ومجموع الرتب (155.00)، أما متوسط الرتب لأفراد المجموعة الضابطة على مقياس سلوكيات الخطر فقدر بـ (5.5) ومجموع الرتب (55.00)، في حين بلغت قيمة W (55) وقيمة Z (-3.784)، أما قيمة U المحسوبة فبلغت (0.00)، وهذه النتيجة تعني أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند 0.001 بين درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الوعي الصحي بعد تطبيق برنامج التربية الصحية.

كما نلاحظ أن متوسط رتب المجموعة التجريبية اكبر من متوسط رتب المجموعة الضابطة مما يعني أن مستوى السلوك الصحي للمجموعة التجريبية أصبح اكبر أي تحسن نتيجة برنامج التربية الصحية، وبهذا فالفرضية الثالثة والتي مفادها توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس سلوكيات الخطر قد تحققت. ووفقاً لهذه النتيجة نرى أن برنامج التربية الصحية الذي طبق على المجموعة التجريبية دون الضابطة قد كان له اثر في تحسن درجات سلوكيات الخطر لدى المجموعة التجريبية وهذا ما اتفق مع نتائج الدراسات السابقة مثل دراسة آمال زكي محمود 1994 والتي توصلت إلى أن لمنهج الصحة العامة والذي يتضمن مجموعة من الموضوعات حول العادات

الغذائية والصحة الشخصية وصحة البيئة والأمراض المعدية تأثيراً إيجابياً في تعديل السلوك الصحي. وأيضاً دراسة العامودي 2007 والتي توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0,05 ، بين متوسطي درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في التطبيق البعدي في اختبار اكتساب المعلومات الصحية لصالح المجموعة التجريبية ، أما دراسة أحمد الحايك 2013 توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \leq 0.05)$ بين المجموعة التجريبية والضابطة، على مقياس مهارات الرعاية الصحية الأولية للأبعاد الخمسة، يعزى لأثر البرنامج. وتعود هذه الفروق إلى اثر البرنامج الذي تلقته المجموعة التجريبية في حين منع عن المجموعة الضابطة والتي لاحظت الباحثة أثناء تقسيم المجموعتين قبل تطبيق البرنامج إلى تجريبية وضابطة الإحباط على أفراد هذه الأخيرة حيث ابداوا رغبة كبيرة في دراسة البرنامج ،حيث بعد النتائج المتحصل عليها نرى أن الأساليب المستعملة في البرنامج لعبت دورا كبيرا في إيصال المعلومة وترسيخها وخلق رغبة لدى المجموعة التجريبية في تجريب السلوكيات المتعلمة والتي أهمها: شرب الماء،تناول فطور الصباح،الإكثار من الخضر،الجلوس المعتدل والذي استعملت الباحثة أسلوب التعزيز لكل فرد يحافظ عليه أثناء حصص البرنامج،التقليل من حمل الأشياء الثقيلة، المشي من البيت إلى المدرسة بدل ركوب أي وسيلة نقل...الخ،وأيضاً لعبت الأنشطة الفردية والواجبات المنزلية دورا كبيرا في تغيير سلوكيات الخطر لدى المجموعة التجريبية فقد لاحظت الباحثة أثناء حصص البرنامج وخصوصا عند النقاش في بداية الحصة أو نهايتها أن التلميذات يحاولن إعطاء أمثلة كثيرة عن ما تعلمنه من خلال هذه الواجبات،وتعمل هذه الإستراتيجية علي إعداد الطالب وتهيئته خارج أسوار المدرسة بحيث يترجم ما تعلمه نظرياً إلي واقع ملموس ، وتشجيعه علي العمل والإنتاج،كما تنمي عند الطالب الثقة بالنفس وحب العمل ، وتشجيعه علي الإبداع والابتكار ، وتحمل المسؤولية ، وكل ما يساعده في حياته العملية.

(حسن عبد الحميد وشاهين عبد الحميد، 2010: ص 117)

إذن من خلال ما سبق ومن خلال النتائج المتحصل عليها نستخلص أن الهدف من التربية الصحية ليس مجرد اختزان الفرد بعض المعلومات، بل مساعدته على أن تنعكس تلك المعلومات في سلوكه ، فالفرد لا يكون مثقفاً تثقيفاً صحياً ملائماً ما لم يترتب على ذلك تغيير في سلوكاته الصحية. فالتربية الصحية هي وضع الخبرات الصحية المتعددة في أنماط وقوالب سلوكية، بهدف التأثير الإيجابي على أفراد المجتمع والرفع من مستواهم في عاداتهم واتجاهاتهم ومعارفهم .

(باحارث عدنان ، 2005: ص 25)

ووفق هذه الاعتبارات لابد للتربية الصحية للأطفال واليافعين أن تنطلق من تصور واسع جداً للصحة .وهنا ينبغي عدم فهم الصحة من خلال غياب المرض وحده بل يجب تضمينها مضامين إيجابية Positive Connotations وينبغي عدم ربط السلوك الضار بالصحة مع العواقب الكامنة في المجال البيولوجي فحسب، وإنما ربطها كذلك مع العواقب الموجودة في المجال النفسي والاجتماعي (الكثير من الطعام يؤدي إلى السمنة، يقود التدخين إلى أعراض غير مرغوبة بالنسبة للشكل والرائحة...الخ) وبما أن اليافعين شديدي التوجه نحو الحاضر فلا بد للتربية الصحية من أن تتوجه بشكل خاص إلى الجاذبية الجسدية والإحساس الراهن بالصحة، وليس إلى توقعات الحياة المستقبلية.

(كلوس هوريلمان وفولفغانغ سينيرتوبولته 2008: ص 17-18)

وهذا ما تم التركيز عليه في وحدتي البرنامج خاصة من خلال محاولة ربط دروس البرنامج باحتياجات التلميذ في مرحلة المراهقة مثل مراعاة انفعالات التلميذ والاستفادة منها ومن قدراته في توجيهه الوجهة الصحيحة ،لان هذا يساعده في تقبل المعارف التي يتلقاها ثم ترجمتها إلى سلوكيات

في جميع نواحي حياته وفيما يتعلق بصحته خصوصا ، وقد بدا هذا واضحا أثناء الحديث عن الوزن الصحي والمشاكل الناتجة عن سوء التغذية وعن قلم ممارسة النشاط الرياضي عند المراهق وأهمية تناول كل أنواع الخضر والفواكه المتاحة على صحة المراهق...الخ، كما لاحظت الباحثة أن ربط صحة المراهق بحياته وظروفه الاجتماعية يساعد في التكيف السوي مع البيئة الخارجية خاصة في ظل التغيرات الاجتماعية والثقافية الحاصلة في المجتمع الجزائري لان قيمة ما يتعلمه التلميذ في المدرسة يجب أن ينعكس على حياته خارجها وبالتالي مساعدته على تغيير سلوكه عن طريق تغيير مفاهيمه ومعلوماته خاصة الصحية منها، فربط محتوى البرنامج بالمرحلة النمائية التي يمر بها التلميذ في مرحلة المتوسط وإعطائه مفاهيم ومهارات تقابل نموه الجسمي في هذه المرحلة تحفزه على محاولة تغيير سلوكياته من اجل المحافظة على صحته والرقى بها للتمتع بحياة أفضل الآن ومستقبلا، ووقايتها من الأخطار التي تحيط بها في المدرسة والبيت والشارع.

IV. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة والتي مفادها : توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط

رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الوعي الصحي.

وللتحقق من صحة هذا الفرضية استخدمت الباحثة اختبار ويلكوكسون لعينتين مرتبطتين، وذلك

لإيجاد القيمة العددية للدرجة المعيارية، كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (24) يوضح نتائج قيمة اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس الوعي الصحي

المجموعة	الرتب	N	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	قيمة P	القرار
التجريبية (تطبيق قبلي / تطبيق بعدي)	رتب سالبة	0	0	0	-2.807	0.01	دالة
	رتب موجبة	10	5,50	55			

حسب النتائج الموضحة في الجدول أعلاه بلغ متوسط الرتب السالبة لأفراد المجموعة التجريبية على مقياس الوعي الصحي (0) وبمجموع (0)، أما متوسط الرتب الموجبة فقدر بـ (5.50) وبمجموع (55)، في حين بلغت قيمة Z (-2.807)، أما قيمة P فبلغت (0.005)، وهذه النتيجة تعني أنه توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01) بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الوعي الصحي لصالح التطبيق البعدي. من خلال النتائج المذكورة أعلاه نرى أن الفرضية الرابعة والتي مفادها توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الوعي الصحي قد تحققت. وهذا ما يتفق مع دراسة هولاند (U. Holund, 1990) والتي أسفرت نتائجها عن الأثر الإيجابي للبرنامج في رفع مستوى الوعي الغذائي لدى تلاميذ وتلميذات المجموعة التجريبية، وتحسن في العادات الغذائية لديهم خاصة لدى الإناث بعد الانتهاء من تدريس البرنامج، وكذا دراسة صالح 2002 والتي توصل فيها إلى أنه يوجد فرق دال إحصائياً عند مستوى (0.01) بين متوسطي درجات تلاميذ المجموعة التجريبية في التطبيق القبلي و البعدي على مقياس التنور الصحي لصالح التطبيق البعدي، وأيضاً دراسة العامودي 2007 والتي تم التوصل فيها إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05، بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي والبعدي في مقياس التنور الصحي لصالح التطبيق البعدي. وهذا ما تم التأكيد عليه من خلال الجانب النظري حيث يرى الباحثون في هذا المجال أن الوعي الصحي هو الهدف الذي يجب أن نسعى إليه ونتوصل إليه لا أن تبقى المعلومات الصحية كتقافة صحية فقط، وقد كان للأساليب المستعملة والطرق الحديثة في إيصال المعلومة الصحية الصحيحة دوراً كبيراً في تنمية الوعي الصحي للمجموعة التجريبية خاصة تلك المعتمدة على التعلم النشط والنقاش والتعلم الجماعي والمشاريع والواجبات المنزلية، إن اختيار وسائل التعلم يعتمد على حاجات الطلبة

وقدراتهم، والمواضيع التي يجب تغطيتها، والوقت المتاح للتعلم . ولكي نحصل على أفضل تأثير يمكن إتباع أكثر من وسيلة في نفس الوقت حيث تم التركيز على التعزيز والتغذية الراجعة في تصحيح المفاهيم الصحية الخاطئة مثل : أخطار الوجبات السريعة والمشروبات الغازية والملونات الغذائية والتي يميل إليها الكثير من المراهقين بسبب جاذبيتها وأيضاً الخمول البدني وانعكاساته على الصحة الجسمية والنفسية وخاصة على التحصيل الدراسي والتركيز، وزيادة الوزن وتأثيره على حياة المراهق حالياً ومستقبلاً... الخ كما يشير كلا من " سليمان علي حجر ، محمد الأمين 2002 أن التربية الصحية لم تعد مجرد حشو عقول التلاميذ ببعض المعلومات المتعلقة بالصحة والمرض ، بل أصبحت عملية تربوية أساسية تستهدف تعديل السلوك، وتغيير المفاهيم وإكساب الناس عادات صحية سليمة ترتبط بمفهوم صحي سليم في مختلف مراحل العمر .

وهي عملية تربوية يتحقق عن طريقها رفع الوعي الصحي بتزويد الفرد بالمعلومات والخبرات ، بقصد التأثير في معرفته وسلوكه من حيث صحته وصحة المجتمع الذي يعيش فيه كي تساعد على الحياة الصحية السليمة .

(سليم محمد ، حسين يسري 1995: ص 95)

V. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة والتي مفادها : لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الوعي الصحي.

وللتحقق من صحة هذا الفرضية استخدمت الباحثة اختبار ويلكوكسون لعينتين مرتبطتين، وذلك

لإيجاد القيمة العددية للدرجة المعيارية، كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم(25) يوضح نتائج قيمة اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة على مقياس الوعي الصحي

المجموعة	الرتب	N	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	قيمة P	القرار
الضابطة(تطبيق قبلي / تطبيق بعدي)	رتب سالبة	3	7.17	21.50	-0.620	0.535	غير دالة
	رتب موجبة	7	4.79	33.50			

حسب النتائج الموضحة في الجدول أعلاه بلغ متوسط الرتب السالبة لأفراد المجموعة الضابطة على مقياس الوعي الصحي (7.17) وبمجموع (21.5)، أما متوسط الرتب الموجبة فقدر بـ (4.79) وبمجموع (33.50)، في حين بلغت قيمة Z (- 0.620)، أما قيمة P فبلغت (0.535) وهذه النتيجة تعني أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الوعي الصحي.

من خلال النتائج المذكورة أعلاه نرى أن الفرضية الخامسة والتي مفادها لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الوعي الصحي قد تحققت وهذا ما يتفق مع دراسة العامودي 2007 والتي توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة الضابطة في التطبيق القبلي والبعدي في مقياس التنور الصحي، وتعزو الباحثة هذه النتائج إلى :

- عدم خضوع المجموعة الضابطة لبرنامج التربية الصحية وبالتالي عدم استفادتها من ما تم تقديمه للمجموعة التجريبية من معارف ومفاهيم وبطرق وأساليب حديثة مشوقة اعتمدت على إدماج المتعلمين في العملية التعليمية للاستفادة أكثر، عكس العملية التعليمية الكلاسيكية

التي تعتمد على التلقين مما يجعل المتعلم في كثير من الأحيان يطرح أسئلة بينه وبين نفسه قد لا يجد لها إجابة، فالاعتماد على الطرق الحديثة كالمحاضرة والعصف الذهني وأسلوب حل المشكلات كلها أساليب تجعل المتعلم ضمن العملية التعليمية وتستثير كل حواسه وتعطي الفرصة للجميع للاستفادة وبالتالي تغيير المفاهيم مما ينتج عنه أثناء برامج التربية الصحية تغيير السلوكيات الصحية الخطرة إلى سلوكيات صحية سليمة.

- غياب دور المناهج الدراسية في تنمية الوعي الصحي للتلاميذ والتي يقع على عاتقها ضرورة تزويد المتعلم بالمعارف والمهارات القاعدية التي تحميه من أخطار الأمراض والمشكلات الصحية التي يمكن أن تعترض نموه ، وهذا ما يعاب على مناهجنا الدراسية في قصورها من الناحية الصحية، حيث أن احتواء المنهاج على أمور صحية بسيطة يمكنه من وقاية المتعلم من أخطار صحية كبيرة فمثلا تعليم التلميذ وتعويده على الجلوس الصحي والمشي الصحي أثناء الدراسة يمكن أن يقي التلميذ من الاعتلالات القوامية والتي أهمها اضطرابات العمود الفقري،تضمين مادة العلوم بأساليب النظافة اليومية،ضرورة غسل الأيدي، استعمال أدوات النظافة الخاصة، احترام شروط نظافة وتخزين المأكولات...الخ كلها سلوكيات يمكن أن تقي الإنسان من أخطار البكتيريا والجراثيم.

VI. عرض ومناقشة نتائج الفرضية السادسة والتي مفادها : توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسط

رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي على

مقياس الوعي الصحي.

وللتحقق من صحة هذه الفرضية استخدمت الباحثة اختبار مان-ويتني للدلالة اللابرمترية بين

مجموعتين غير مرتبطتين، كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (26) يوضح نتائج قيمة اختبار مان-ويتني لدلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الوعي الصحي في التطبيق البعدي

المجموعة	N	متوسط الرتب	مجموع الرتب	U	W	Z	قيمة P	القرار
التجريبية (بعدي)	10	15.5	155.00	0.00	55.00	-3.782	0.001	دالة
الضابطة (بعدي)	10	5.5	55.00					

حسب النتائج الموضحة في الجدول أعلاه، فقد بلغ متوسط الرتب لأفراد المجموعة

التجريبية على مقياس الوعي الصحي (15.5) ومجموع الرتب (155.00)، أما متوسط الرتب

لأفراد المجموعة الضابطة على مقياس الوعي الصحي فقدر بـ (5.5) ومجموع الرتب (55.00)،

في حين بلغت قيمة W (55) وقيمة Z (-3.782)، أما قيمة U المحسوبة فبلغت (0.00) وهذه النتيجة

تعني أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند 0.001 بين درجات المجموعتين التجريبية

والضابطة على مقياس الوعي الصحي بعد تطبيق برنامج التربية الصحية.

كما نلاحظ أن متوسط رتب المجموعة التجريبية اكبر من متوسط رتب المجموعة الضابطة

مما يعني أن مستوى الوعي الصحي للمجموعة التجريبية أصبح اكبر أي تحسن نتيجة برنامج

التربية الصحية ،وبهذا فالفرضية الثالثة والتي مفادها توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس الوعي الصحي قد تحققت. وهذا ما يتفق مع دراسة أبو زائدة 2006 والتي توصل فيها إلى انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات طلبة المجموعة التجريبية ودرجات المجموعة الضابطة في مقياس الوعي الصحي يعزى للبرنامج المقترح، وكذا دراسة العامودي 2007 والتي توصلت إلى انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0,05 ، بين متوسطي درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في التطبيق البعدي في مقياس التتور الصحي الكلي لصالح المجموعة التجريبية . ولقد أكدت الدراسات السابقة على أهمية الثقافة والمفاهيم الصحية في تنمية الوعي الصحي، واكتساب المتعلمين صورة واضحة عن التربية الصحية، ويتفق غالبية المختصين في التربية الصحية على أن الهدف الأسمى لدراسة التربية الصحية يتمثل في تحسين الحياة الصحية للأفراد من خلال العمل على تغيير مفاهيم الأفراد فيما يتعلق بالصحة والمرض ومحاولة أن تكون الصحة هدفا لكل منهم والعمل على تغيير اتجاهات وسلوك الأفراد لتحسين مستوى صحة الفرد والأسرة والمجتمع بشكل عام. والعمل أيضا على نشر الوعي الصحي بين أفراد المجتمع والذي بدوره يساعد على تفهمهم للمسئوليات الملقاة عليهم نحو الاهتمام بصحتهم وصحة غيرهم من المواطنين.

(عبدہ ياسين، 2003:ص04)

وهذا ما لاحظته الباحثة على أفراد المجموعة التجريبية أثناء تطبيق البرنامج، حيث كانت للتلميذات رغبة كبيرة في التعرف على الكثير من المشكلات الصحية والمتعلقة بحياتهن اليومية حتى تلك التي ليست لها علاقة بوحدة البرنامج وبالتالي ليست لديها علاقة بأهدافه ومن أهم هذه المشكلات :المشكلات الجنسية، الصحة الشخصية،الصحة النفسية والإسعافات الأولية ،كما كانت هناك أسئلة كثيرة ومتنوعة وأحيانا بسيطة تدل على غياب الوعي ونقصه لديهم، كما كانت انشغالات

التلميذات حول مواضيع ذات علاقة باحتياجات المراهق في هذه المرحلة مثل: الرشاقة والمحافظة على الوزن، الناحية الجمالية مثل أهم الأغذية للمحافظة على جمالهن والتخلص من حب الشباب، الأم الحيض وكيفية معالجتها عن طريق الغذاء والرياضة.. الخ

وتعزو الباحثة الفروق أيضا بين المجموعتين التجريبية والضابطة في مقياس الوعي الصحي بعد تطبيق برنامج التربية الصحية إلى أن الحياة اليومية للمراهق وحتى اهتماماته اليومية رغم التطور المعلوماتي والتكنولوجي من خلال وسائل الإعلام المتوفرة لأغلبية المراهقين بعيدة كل البعد عن الاهتمام بالصحة وبتنمية الوعي الصحي، فرغم أن المراهق قد يقضي أكثر من ثلاث ساعات أمام الحاسوب وحتى الشبكة العنكبوتية حسب دراسة ثابت و محمد 2011 ودراسة مقبول 2009 وحسب ما لمسناه من خلال إجابات أفراد المجموعة التجريبية أثناء تطبيق البرنامج إلا أن اهتماماته قد تنصب على الألعاب، التحادث مع الزملاء وإعداد البحوث المدرسية دون الاهتمام بالأمور الصحية.

VII. عرض ومناقشة نتائج الفرضية السابعة والتي مفادها : توجد فروق دالة إحصائية بين

متوسطات رتب درجات سلوكيات الخطر لدى افراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج

التربية الصحية حسب المستوى التعليمي للام.

وللتحقق من صحة هذه الفرضية استخدمت الباحثة اختبار "كا²" لدلالة الفروق بين متوسطات رتب

درجات مقياس سلوكيات الخطر لدى افراد المجموعة التجريبية حسب متغير المستوى التعليمي

للام، كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (27) يوضح نتائج اختبار "كا²" لدلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات مقياس سلوكيات الخطر لدى أفراد المجموعة التجريبية حسب متغير المستوى التعليمي للام

المستوى التعليمي للام	N	متوسط الرتب	Chi-Square	Df	Sig	القرار
امية	2	6.70	1,702	2	0.427	غير دالة
ابتدائي ومتوسط	3	4.67				
ثانوي	5	3.75				

نلاحظ من الجدول أعلاه أن متوسط رتب الأفراد الذين أمهاتهم أميات بلغ 6.70 ،والذين أمهاتهم بمستوى تعليمي ابتدائي ومتوسط 4.67 في حين بلغ متوسط رتب من أمهاتهم بمستوى تعليمي ثانوي 3.75 ،وقد بلغت قيمة Chi-Square (1.702) عند درجة حرية 2 ومستوى دلالة 0.427 وهي غير دالة عند 0.05 وهذا يعني عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات سلوكيات الخطر لدى افراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج التربية الصحية حسب المستوى التعليمي للام.

مما سبق ذكره من نتائج نستخلص أن الفرضية السابعة والتي مفادها توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات سلوكيات الخطر لدى افراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج التربية الصحية حسب المستوى التعليمي للام لم تتحقق، وهذا ما يختلف مع نتائج دراسة محمود جابر 2003 والتي أثبتت وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $\alpha=0.05$ في مستوى السلوك الصحي للطلبة تبعا للمستوى التعليمي للام ولصالح المستوى التعليمي الأعلى ،وقد لا يكون هذا الاختلاف جوهريا لان المستوى التعليمي للأمهات أفراد الدراسة الحالية كما نرى في الجدول أعلاه انه متدني فهو لم يتجاوز الثانوي وبالتالي لم تظهر

الفروق وهذا ما أكدته الدراسات السابقة في الإطار النظري حيث أثبتت أن التنشئة الاجتماعية تلعب دورا مهما في اتباع السلوك الصحي من طرف الأبناء، وترى (شيلي تايلور 2008: ص 182-183) أن الأطفال يتعلمون عاداتهم الصحية من آبائهم، لذلك فإن التأكد من التزام الأسرة بنمط حياة صحي يعطي الأطفال الفرصة الأفضل للبدء بحياة صحية منذ البداية. فالحياة الأسرية تشكل مصدر تعزيز للصحة وللسلوكات الصحية السليمة لذا نرى أن هناك تزايد مستمر في توجيه إجراءات التدخل إلى الأسر بدلا من الأفراد، لضمان حدوث قدر أعظم من التغيير في السلوك. وهذا ما لاحظته الباحثة أثناء إجراءات تطبيق البرنامج حيث بعدما علمت إحدى الأمهات أن ابنتها وافقت على أن تكون ضمن المجموعة التجريبية وبدأت في دروسه طلبت من الباحثة أن تعفيها لأنها كانت تعتقد أنها دروس تدعيمية لكن عندما علمت انه برنامج تربية صحية قالت : ابنتي ليست بحاجة إلى مثل هذه الدروس لأنها ستكبر وتعرفها دون أن تتعلمها الآن، وقد كان المستوى التعليمي للام ابتدائي وهذا خير دليل على أن الأسرة وخاصة الأم مصدر تعزيز قوي للسلوكات الصحية وممارستها المستمرة. وتعد ثقافة الغذاء والصحة أحد أهم جوانب الثقافة التربوية للام. ويكتسب هذا الجانب أهميته من أثره المباشر في الجانب الجسمي والصحي للأبناء، لذا يجب على الأم معرفة المكونات الرئيسية للغذاء، والكميات المطلوبة لإحداث النمو الطبيعي للأبناء في مراحل العمر المختلفة، والإلمام بالقواعد العامة للصحة والعادات الصحية التي تسهم في الوقاية من المرض.

وعلى الأم أن تكسب الأبناء الطريقة الصحيحة لتناول الطعام، وتعويدهم على وقت معين لذلك والحرص على وجبة الفطور، ومعرفة السعرات الحرارية اللازمة لكل فترة عمرية لها أهميتها، ومعرفة الشروط الواجب توافرها في الغذاء الصحي، والذي يجب أن يحوي كل العناصر الغذائية الضرورية بكميات كافية، وأن يحوي كمية كافية من السوائل، وأن يكون سهل

الهضم، وأن يكون خاليا من المواد الضارة بالصحة من مواد ملونة وحافظة، وكل هذا يحتاج إلى ثقافة صحية من طرف الأم تمكنها من حماية أفراد أسرتها من أهم المشكلات ذات العلاقة بالغذاء، ويكون للمستواها التعليمي دورا كبيرا في ذلك، وكون الطفل مرآة لأسرته و خصوصا لسلوكاتها فحثه في البيت على ممارسة السلوكات الصحية ينعكس على كافة جوانب حياته. إلا أن الأم في هذه العينة تعاني ما يعانيه أغلبية أفراد المجتمع نتيجة غياب هذه الثقافة عن مجتمعنا مقارنة بالمجتمعات الأخرى ، فالوسائل التي تهدف إلى تنقيف الأسرة و جعلها تتبع نمط معيشي صحي هي وسائل بدائية و غير فعالة و مؤقتة، كما أن المنهج التربوي منذ القدم (تعليم الأمهات المتوسط الثانوي) لم يكن يشمل محاور تهدف إلى هذا النوع من الثقافة (لا تربية صحية ،ولا تربية سلوكية).

VIII. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثامنة والتي مفادها : توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات رتب درجات الوعي الصحي لدى افراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج التربية الصحية حسب المستوى التعليمي للام.

وللتحقق من صحة هذه الفرضية استخدمت الباحثة اختبار " كا² " لدلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات الوعي الصحي لدى افراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج التربية الصحية حسب المستوى التعليمي للام، كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (28) يوضح نتائج اختبار " كا² "لدلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات مقياس الوعي الصحي لدى افراد المجموعة التجريبية حسب متغير المستوى التعليمي للام

المستوى التعليمي للام	N	متوسط الرتب	Chi-Square	Df	Sig	القرار
امية	2	3.50	1.229	2	0.541	غير دالة
ابتدائي ومتوسط	3	6.50				
ثانوي	5	5.70				

نلاحظ من الجدول أعلاه أن متوسط رتب الأفراد الذين أمهاتهم أميات بلغ 3.50 ،والذين أمهاتهم بمستوى تعليمي ابتدائي ومتوسط 6.50 في حين بلغ متوسط رتب من أمهاتهم بمستوى تعليمي ثانوي 5.70 ،وقد بلغت قيمة Chi-Square (1.229) عند درجة حرية 2 ومستوى دلالة 0.541 وهي غير دالة عند 0.05 وهذا يعني عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات الوعي الصحي لدى افراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج التربية الصحية حسب المستوى التعليمي للام.

من خلال النتائج المذكورة أعلاه نستنتج أن الفرضية الثامنة والتي مفادها توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات الوعي الصحي لدى افراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج التربية الصحية حسب المستوى التعليمي للام لم تتحقق وهذا ما يتفق مع دراسة الخليلي وزملائه 1987 والتي توصلت إلى انه لم يكن لمساهمة ثقافة الأب أو ثقافة الأم في التنبؤ بالوعي الصحي أي دلالة إحصائية، كما أكدت نتائج دراسة الحميري 2015 أن مستوى وعي عينة الدراسة منخفض (وهن نساء ريفيات مما يعني انخفاض مستواهن التعليمي) بالمجالات الآتية : الكربوهيدرات ، الفواكه والخضر وتغذية الأطفال.

اما بالنسبة لعينة الدراسة الحالية فيمكن أن ننطلق من مبدأ أن تعليم الأم المتوسط أو الثانوي يغيب عنه مثله مثل ما يغيب عن المقررات التي يدرسها الأبناء البرامج و المناهج التي تهدف إلى التوعية الصحية، إذن من المنطقي أن لا نجد فروق حسب المستوى التعليمي الأم .

فالوعي الصحي لا يعني فقط التحدث عن المشاكل الصحية بل هو بناء جسم سليم و عقل سليم و خلق إنسان ذو إدراك ووعي صحيين ، ما يجعله يهتم و ينفذ الوقاية من المخاطر الصحية وذلك بإتباع السلوك الصحي. ودور الأم هنا يلعب أهمية بالغة خصوصا إذا كانت هذه الأم تحمل هذه الأفكار و مستواها العالي (جامعي و ما فوق) قد يعكس هذا إلا أن ذلك ليس بالضرورة صحيحا ، فإكتساب المعلومة لا يعني تطبيقها في الحياة اليومية، فطالما صادفنا أطباء(مستوى تعليمي عالي جدا) يدركون خطورة التدخين لكنهم يدخنون. فالوعي الصحي كما جاء في أدبيات الدراسة يبدأ بإعطاء المعلومات الصحية أي بالمعرفة وينتهي بممارسة السلوك الصحي السليم ولكن بين المعرفة والسلوك توجد عدة مراحل وهي: المعرفة (إعطاء المعلومات) ، الإقتناع وتكوين الاتجاه والرغبة ثم بناء الممارسات الصحية الحميدة.

إذن حتى وان كان المستوى التعليمي للام عالي وحاولت إعطاء المعلومة للابن فهذا لا يعني كونه واعي صحيا، لذا يجب عليها تكوين اتجاه ورغبة نحو هاته المعلومة تجعل الأبناء ينفذونها عن قناعة عن طريق إتباع السلوك الصحي، لذا قد نجد أمهات ذوات مستوى تعليمي متدني لكنهن حريصات على ممارسة السلوكات صحية و حث أبنائهن على ممارستها وهذا ما تؤكد عليه نظرية باندورا الذي يرى أن بناء شخصية الفرد تتكون من التوقعات و الأهداف و المطامع و فعالية الذات حيث تعمل هذه الأبنية بشكل تفاعلي عن طريق التعلم بالملاحظة و الذي يتم في ضوء مفاهيم المنبه و الاستجابة و التدعيم و يؤكد على أن سلوك الفرد يحدد من خلال الاعتقاد أكثر من المعطيات الواقعية . أي أننا نتصرف ليس طبقا للواقع و لكن طبق لإدراكنا لهذا الواقع .

فالإنسان لا يستجيب للمثيرات البيئية فحسب و لكنه يتفاعل معها و يكون مفاهيم حولها تؤثر في سلوكه ، حيث أن التغيير و حل المشكلات يبدأ من إدراكها و تفسيرها و ليس من تغيير هذه الظروف البيئية نفسها بطريقة مباشرة.

(البرزنجي عبد الواحد ، 2010: ص41، 42)

IX. عرض ومناقشة نتائج الفرضية التاسعة والتي مفادها: توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات سلوكيات الخطر لدى افراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج التربية الصحية حسب معدل التحصيل الدراسي.

وللتحقق من صحة هذه الفرضية استخدمت الباحثة اختبار "كا²" لدلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات سلوكيات الخطر لدى افراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج التربية الصحية حسب معدل التحصيل الدراسي، كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (29) يوضح نتائج اختبار "كا²" لدلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات مقياس سلوكيات الخطر لدى افراد المجموعة التجريبية حسب متغير معدل التحصيل الدراسي

القرار	Sig	Df	Chi-Square	متوسط الرتب	N	معدل التحصيل الدراسي
غير دالة	0.679	2	0.773	4.00	1	اقل من 10
				5.17	6	14-10
				6.67	3	15 فما فوق

نلاحظ من الجدول أعلاه أن متوسط رتب الأفراد الذين معدل تحصيلهم اقل من 10 بلغ 4.00 ،والذين معدل تحصيلهم بين 10-14 بلغ متوسط رتبهم 5.17 في حين بلغ متوسط رتب من

معدل تحصيلهم أكثر من 6.67 15 ،وقد بلغت قيمة Chi-Square (0.773) عند درجة حرية 2 ومستوى دلالة 0.679 وهي غير دالة عند 0.05 وهذا يعني عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات سلوكيات الخطر لدى افراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج التربية الصحية حسب معدل التحصيل الدراسي.

من خلال النتائج المذكورة اعلاه نستنتج أن الفرضية التاسعة والتي مفادها توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات سلوكيات الخطر لدى افراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج التربية الصحية حسب معدل التحصيل الدراسي لم تتحقق، وهذا ما يتفق مع دراسة الجفري 2014 والتي توصلت إلى عدم وجود فروق في اتجاهات الطلاب نحو النشاط الرياضي كسلوك صحي تبعاً لمتغير المعدل التراكمي، وتختلف نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة جابر 2003 والتي أظهرت وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $\alpha=0.05$ في مستوى السلوك الصحي للطلبة تبعاً للمعدل التراكمي ولصالح المعدل التراكمي الأعلى، وتعزو الباحثة هذه النتائج إلى أن مجرد معرفة التلاميذ لمعلومات عن السلوكيات الصحية ليس كافياً لإحداث التغييرات المطلوبة في السلوك لذا لممارسة السلوكيات الصحية يجب توفر عملية التربية الصحية التي من شأنها التأثير على قرارات الفرد تجاه صحته، و مجرد أن التلميذ ذو نتائج أكاديمية عالية لا يعني بالضرورة تبنيه لسلوكيات صحية و خصوصاً في نظام تعليمي بنكي (جمع المعلومات و إعادتها في الامتحان) دون مشاركة و تبني لأفكار أو صنع قرار. وان كانت المقررات تحوي محاور عن الصحة و السلوك الصحي فليس هناك تشجيع للطلاب من المدرسة على تحويل هذه المعارف والمعلومات إلى سلوكيات وممارسات، فرغم أن مادة التربية المدنية للسنة الثالثة من التعليم المتوسط كانت تحتوي على موضوع حول الكساح، إلا انه عند التطرق إلى أسباب الكساح والتي أهمها نقص شديد في

فيتامين D الذي يساهم في امتصاص الكالسيوم والفسفور من الجهاز الهضمي، لاحظت الباحثة عن كل أفراد العينة كانوا لا يعلمون أسبابه وانعكاساته الصحية وكيفية الوقاية منه وحتى طرق علاجه. وترجع أيضا أسباب عدم وجود فروق في مستوى سلوكيات الخطر حسب معدل التحصيل الدراسي إلى أنه وفي فترة المراهقة ممارسة السلوك الصحي يحدث خجل أمام الرفاق كون المراهق يحاول إظهار السلوك الجريء و المغامر رغم علمه أحيانا بمخاطر هذه السلوكيات، فتتضح الرغبة في تأكيد الذات والميل إلى مسايرة الجماعة . فهذه المرحلة يتميز فيها الفرد بسهولة الانقياد والتأثر لممارسة العادات الضارة بالصحة التي تضع الأساس لظهور المشاكل الصحية في المستقبل.

(شيلي تايلور، 2008:ص 133)

X. عرض ومناقشة نتائج الفرضية العاشرة والتي مفادها: توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات الوعي الصحي لدى افراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج التربية الصحية حسب معدل التحصيل الدراسي.

وللتحقق من صحة هذه الفرضية استخدمت الباحثة اختبار "كا²" لدلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات الوعي الصحي لدى افراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج التربية الصحية حسب معدل التحصيل الدراسي، كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (30) يوضح نتائج اختبار "كا²" لدلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات مقياس الوعي الصحي حسب متغير التحصيل الدراسي

القرار	Sig	Df	Chi-Square	متوسط الرتب	N	معدل التحصيل الدراسي
غير دالة	0.781	2	0.494	4.00	1	اقل من 10
				6.00	6	14-10
				5.00	3	15 فما فوق

نلاحظ من الجدول أعلاه أن متوسط رتب الأفراد الذين معدل تحصيلهم اقل من 10 بلغ 4.00 ،والذين معدل تحصيلهم بين 10-14 بلغ متوسط رتبهم 6.00 في حين بلغ متوسط رتب من معدل تحصيلهم أكثر من 15 5 ،وقد بلغت قيمة Chi-Square (0.494) عند درجة حرية 2 ومستوى دلالة 0.781 وهي غير دالة عند 0.05 وهذا يعني عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات الوعي الصحي لدى افراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج التربية الصحية حسب معدل التحصيل الدراسي.

من خلال النتائج المذكورة اعلاه نستنتج أن الفرضية العاشرة والتي مفادها توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات الوعي الصحي لدى افراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج التربية الصحية حسب معدل التحصيل الدراسي لم تتحقق وهذا ما يختلف مع دراسة ألدومي و زايد 2009 والتي كانت الفروق فيها دالة إحصائيا تبعا للمعدل التراكمي ولصالح المعدل الأعلى. وأيضاً اختلفت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة عبد الحق 2012 التي توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الوعي الصحي حسب متغير المعدل التراكمي ولصالح المعدل الأعلى. ويمكن أن نؤكد هنا أن التوعية الصحية تعني إثراء الوعي وغرسه وتنمية

الثقافة الصحية للفرد وليس مجرد تلقين المعلومة ، فقد يفشل التلميذ في إتباع نظام أو نمط معيشي صحي حتى و إن تم تدريبه عليه لعدة عوامل خارجية مثل انخفاض المستوى الاقتصادي للأسرة مما يحول دون التقيد بالممارسات الصحية نتيجة للمعلومات المتوفرة لدى الأفراد فعدم الانتظام في تناول الفواكه لكونها تحتوي على نسبة كبيرة من الفيتامينات وأهميتها لجسم المراهق هذا لايعني بالضرورة عدم وعي الفرد بما سبق ، فقد يرجع السبب إلى تدني المستوى الاقتصادي وعدم القدرة على اقتنائها نظرا لغلائها خاصة في المجتمع الجزائري لذا يجب مراعاة ذلك رغم تفوق التلميذ.

كما يمكن أن يكون عدم دلالة الفروق سببه أن التحصيل الدراسي يعبر عن قدرات التلميذ الشخصية لكن الوعي الصحي هو محصلة قدرات شخصية وظروف اجتماعية وبيئية، فافتقار البيت إلى الاهتمام بصحة الفرد وتنمية وعيه وثقافته الصحية زد على ذلك فقدان المناهج الدراسية لدورها التربوي الصحي للتأثير على معلومات التلميذ الصحية وبالتالي على سلوكياته كلها عوامل قد تفصل بين التحصيل الدراسي ومستوى الوعي الصحي،وبما أن التربية الصحية هي العملية التي تستهدف تعليم الناس عادات صحية سليمة، وسلوك صحي جديد، ومساعدتهم على نبذ الأفكار والاتجاهات الصحية الخاطئة واستبدالها بأخرى سليمة باستخدام وسائل الاتصال الجماهيرية وهذا ما يبحث عنه المراهق،حيث أن السلوكات التي تتم في نساق اتصال جماهيري يكون تأثيرها أكثر من تلك التي تتم في نسق فردي،وهذا ما أدى إلى تحسين مستوى الوعي الصحي لأفراد المجموعة التجريبية لاعتماد البرنامج على تقنيات وطرق وأساليب متنوعة تسمح بالتعلم دون التركيز على التعليم الكلاسيكي الذي يعتمد على التعلم البنكي وبالتالي محاكاة الفرد لوحده دون ربطه بالآخرين وبمحيطه الاجتماعي.

XI. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الحادية عشر والتي مفادها: لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس سلوكيات الخطر.

وللتحقق من صحة هذا الفرضية استخدمت الباحثة اختبار ويلكوسون لعينتين مرتبطتين، وذلك لإيجاد القيمة العددية للدرجة المعيارية، كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (31) يوضح نتائج قيمة اختبار ويلكوسون لدلالة الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية على مقياس سلوكيات الخطر

المجموعة	الرتب	N	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	قيمة P	القرار
التجريبية (تطبيق بعدي/تطبيق تتبعي) مقياس سلوكيات الخطر	رتب سالبة	3	3.83	11.50	-1.309	0.191	غير دالة
	رتب موجبة	6	5.58	33.50			

حسب النتائج الموضحة في الجدول أعلاه بلغ متوسط الرتب السالبة لأفراد المجموعة التجريبية على مقياس سلوكيات الخطر (3.83) وبمجموع (11.50)، أما متوسط الرتب الموجبة فقدر بـ (5.58) وبمجموع (33.50)، في حين بلغت قيمة Z (-1.309)، أما قيمة P فبلغت (1.191) وهذه النتيجة تعني أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس سلوكيات الخطر.

من خلال النتائج المذكورة أعلاه نستنتج أن الفرضية الحادية عشر والتي مفادها لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي

والتتبعي على مقياس سلوكيات الخطر قد تحققت، وهذا ما يدل على استمرار تأثير فعالية برنامج التربية المطبق في الدراسة الحالية على سلوكيات المجموعة التجريبية وهذا بعد 21 يوم من انتهاء تطبيقه، مما يدل على فعالية الأساليب والطرق والتقنيات المستعملة في ذلك ومدى تأثيرها على سلوك التلميذ، وبالتالي فعالية برنامج التربية الصحية في تغيير سلوكيات الخطر لدى أفراد المجموعة التجريبية وهذا ما أكدته العديد من الأبحاث حيث يرى لورانس جرين من خلال نموذج برسيد للتربية الصحية (Lawrence green) أن اعتماد بعض البرامج الوقائية والنمائية على مبادئها العلمية مكن مجتمعات كثيرة من السيطرة على المشاكل صحية .

(يخلف عثمان ، 2001، ص 37)

كما أن مرحلة المراقبة تشكل منفذا للعديد من العادات السيئة الضارة بالصحة، فالتدخل لمنع تطور العادات الضارة بالصحة لدى الأطفال في نهاية المرحلة الابتدائية وبداية المرحلة الإعدادية، يعد من الأولويات الضرورية. (شيلي تايلور، 2008: ص 133)، وهذا ما يجب التركيز عليه في مدارسنا وهو ضرورة الاعتناء أكثر بصحة التلاميذ سواء من خلال تضمين المناهج الدراسية للأمور الصحية وكيفية التعامل معها خاصة مناهج العلوم، أو وضع مناهج خاص بالتربية الصحية.

وتعزو الباحثة عدم وجود فروق بين التطبيق البعدي والتتبعي إلى أن برنامج التربية الصحية سهل تبني سلوكيات وعادات صحية معززة للصحة من خلال تغيير في الفهم والمعرفة والتأثير على المعتقدات والاتجاهات مما يسهل السلوكيات الصحية السليمة، ويعود هذا إلى الطرق المستعملة والأساليب المتنوعة في إيصال المعلومات الصحية بطريقة سهلة ومؤثرة تتماشى وحاجات المراهق في هذه المرحلة، خاصة من خلال استثارة الدافعية والرغبة في تغيير سلوكيات

الخطر عن طريق التعلم الذاتي وإشراك المراهق في العملية التعليمية، وتعليمه أن مهمة الحفاظ على الصحة من خلال تبني سلوكيات صحية وتغيير سلوكيات خطيرة هي من أهم أدواره ومهامه .

إن نشر المعلومات السليمة عن الصحة هو أهم عنصر يجب أخذه بعين الاعتبار عند وضع برامج التربية الصحية، مما ينتج عنه كم هائل وقاعدة واسعة من المفاهيم الصحية السليمة التي تسمح بنجاح برامج التربية الصحية خاصة إذا تعلق الأمر بفئات محددة كالمراهقة، فأشباع فضول المراهق الباحث دوماً عن الإجابات لأسئلة كثيرة، وربطها بحاجياته في هذه المرحلة وبحياته اليومية، كان من بين أسباب استمرارية فعالية برنامج التربية الصحية ، فمثلاً ربط الغذاء المتوازن وضرورة التخلص من الوجبات السريعة بالسمنة ومخاطرها على حياة المراهق ومستقبله يخلق لديه الرغبة في ضرورة تغيير سلوكيات معينة من أجل تجنبها ينتج عنها من مشكلات صحية، كما أن ربط ضرورة ممارسة التمارين الرياضية والمداومة عليها بالمحافظة على الوزن المثالي لدى المراهق وتمتعته بمظهر جسمي جميل (وهذا ما يركز عليه المراهقون) يدفع المراهق إلى الانتظام في ممارسة التمارين الرياضية والحفاظ عليها يومياً. وقد تعزى النتائج أيضاً هنا إلى وصول أفراد العينة التجريبية إلى مرحلة الفعل وهي حسب شيلي تايلور 2008 المرحلة التي يغير الفرد فيها سلوكه خلال مدة معينة.

XII. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية عشر والتي مفادها: لا توجد فروق دالة إحصائية بين

متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس الوعي الصحي.

وللتحقق من صحة هذا الفرضية استخدمت الباحثة اختبار ويلكوسون لعينتين مرتبطتين، وذلك

لإيجاد القيمة العددية للدرجة المعيارية، كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (32) يوضح نتائج قيمة اختبار ويلكوسون لدلالة الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية على مقياس الوعي الصحي

المجموعة	الرتب	N	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	قيمة P	القرار
التجريبية (تطبيق بعدي/تطبيق تتبعي) مقياس الوعي الصحي	رتب سالبة	4	4.38	17.50	-1.029	0.303	غير دالة
	رتب موجبة	6	6.25	37.50			

حسب النتائج الموضحة في الجدول أعلاه بلغ متوسط الرتب السالبة لأفراد المجموعة

التجريبية على مقياس الوعي الصحي (4.38) وبمجموع (17.50)، أما متوسط الرتب الموجبة

فقدر بـ (6.25) وبمجموع (37.50)، في حين بلغت قيمة Z (-1.029)، أما قيمة P فبلغت

(0.303) وهذه النتيجة تعني أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد

المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس الوعي الصحي.

من خلال النتائج المذكورة أعلاه نستنتج أن الفرضية الثانية عشر والتي مفادها لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والنتبعي على مقياس الوعي الصحي قد تحققت، وهذا ما يدل على استمرارية فعالية برنامج التربية الصحية في تنمية الوعي الصحي لدى أفراد العينة التجريبية بعد 21 يوما من إنهاء البرنامج، وتعزو الباحثة هذه النتائج إلى نجاعة الأساليب المستعملة في البرنامج في ترسيخ معارف ومعلومات صحية لدى أفراد المجموعة التجريبية أي أن البرنامج حقق هدفه من خلال غرس الوعي الصحي لدى أفراد العينة حيث أصبحت المعلومة الصحية من مجرد معلومة عابرة إلى وعي وإدراك داخلي تحول إلى سلوك ممارس حيث تم تغيير السلوكات الغير صحية بأخرى ايجابية متجذرة في معتقدات ووعي التلميذ، فالوعي الصحي هو الممارسة عن قصد نتيجة الفهم والإقناع الذي حصل عليه أفراد المجموعة التجريبية عن طريق برنامج التربية الصحية، كما ساهم أسلوب النقاش في تغيير نظرة أفراد المجموعة التجريبية حول مستقبلهم الصحي، حيث ساهم هذا الأسلوب في فهمهم أن إمكانياتهم الفردية واستعداداتهم الصحية وممارساتهم اليومية تتحكم في مستقبل صحتهم خصوصا ومستقبلهم عموما، مما أدى إلى تنمية تفكير دقيق لدى المجموعة بان ثقتهم في قدراتهم الخاصة في تغيير سلوكيات الخطر نابع من نظرتهم الجديدة حول الصحة وكيفية المحافظة عليها وتنميتها عن طريق الإلمام الكامل للمعارف والمعلومات الصحية والقدرة على تطبيق هذه المعلومات في الحياة اليومية، بصورة مستمرة تكسبها شكل العادة التي توجه قدرات الفرد في تحديد واجباته الفردية التي تحافظ على صحته وحيويته وذلك في حدود إمكانياته.

وقد تم التأكد أيضا من مدى فعالية برنامج التربية الصحية المطبق في هذه الدراسة في تغيير سلوكيات الخطر إلى سلوكيات صحية سليمة وتنمية الوعي الصحي لدى عينة الدراسة عن طريق تطبيق استمارة تقييمية للبرنامج (ملحق رقم(12) استمارة تقييم البرنامج من طرف التلاميذ)

حيث حصلت العبارات (ساعدي البرنامج على: التعرف على علاقة السلوكيات الصحية بالأمراض المزمنة، إدراك أن صحتي مسؤوليتي، الاستفادة من كل مصادر المعلومات الخاصة بالصحة، ضرورة الاهتمام بالغذاء الصحي والتمارين الرياضية المنتظمة ونشر المعلومات الصحية بين أفراد الأسرة وزملائي) على تأييد كل أفراد المجموعة أي موافق بنسبة 100% .

ثانيا: توصيات ومقترحات الدراسة

من خلال ما تم التوصل إليه من نتائج توصي الدراسة بما يلي:

- تطبيق البرنامج المقترح في هذه الدراسة في مرحلة المتوسط.
- تطبيق البرنامج المقترح في هذه الدراسة في مراحل تعليمية مختلفة (ابتدائي، ثانوي، تكوين مهني وحتى جامعي) ، مع مراعاة طبيعة وحاجات كل مرحلة عمرية.
- ضرورة إعادة النظر بمحتوى مناهج المرحلة المتوسطة من التعليم في الجزائر وذلك من خلال تضمينها لموضوعات التربية الصحية، او استحداث منهاج خاص بالتربية الصحية.
- ضرورة تفعيل دور الأستاذ في مجال التربية الصحية حتى وان اختلف المنهاج، وذلك عن طريق إجراء دورات تدريبية وتنقيفية .
- الاهتمام اكبر بالتربية الصحية من خلال جميع مجالاتها المذكورة سابقا في كل المجمع.
- ضرورة توعية الأسرة والمشرفين على المدرسة بأهمية التربية الصحية والدور المنوط بهم في تنميتها وتطبيقها.
- إدخال مواضيع خاصة بسلوكيات الخطر والوعي الصحي والأمراض المزمنة في كل المناهج عبر كل الأطوار التعليمية.

- استحداث تخصص جامعي جديد بعنوان التربية الصحية لإخراج كوادر تتمكن من إعداد برامج في التربية الصحية تخدم كل فئات المجتمع.
- إجراء المزيد من الدراسات والبحوث التي تربط بين الوعي الصحي والسلوكيات الصحية المختلفة.
- إعطاء أهمية وقيمة أكبر لمنهاج التربية البدنية.
- الاهتمام بتنقيف المعلم صحيا باعتباره مثلا وقدوة للتلميذ.
- تزويد المدارس بال نشرات والملصقات التي تنمي الثقافة الصحية.

خاتمة:

إن التربية الصحة باعتبارها من أهم مجالات الصحة العامة الحديثة و تعتبر جزءا أساسيا لأي برنامج للصحة العامة تلعب وفي الوقت الراهن دورا جد مهم في إيصال المعلومة الصحية والمفاهيم المتعلقة بصحة الأفراد الجسمية والنفسية والاجتماعية، وهي من خلال أهدافها تسعى إلى تشجيع الأفراد والجماعات على استخدام أساليب الحياة الصحية، من خلال تزويدهم بالمعلومات والخبرات الصحية التي تساعد على اتخاذ القرار بخصوص صحتهم وصحة غيرهم.

وهناك ارتباط كبير بين السلوك الصحي والتربية الصحية، حيث أن هذه الأخيرة تسعى من خلال أهدافها العامة والخاصة إلى إحداث تغييرات مهمة في سلوك الفرد والجماعات، فالتربية الصحية كما ذكر سابقا عملية تربوية تسعى إلى ترجمة الحقائق الصحية المعروفة إلى أنماط سلوكية صحية سليمة على مستوى الفرد و المجتمع، لمساعدتهم على تحقيق السلامة و الكفاية البدنية ، النفسية ، الاجتماعية و العقلية ، و ذلك باستعمال الأساليب التربوية الحديثة .

والتربية الصحية جزء هام من العملية التربوية يتحقق من خلالها رفع الوعي الصحي للأفراد وذلك منذ المراحل المتقدمة من حياته، لذا تعد المدرسة من مؤسسات المجتمع التي يلقي على عاتقها الحمل الأكبر في تنمية وعي أفرادها بالخبرات والمعارف الصحية الضرورية لمساعدتهم على تبني السلوكات الصحية السليمة منذ الصغر، ولن يتسن ذلك إلا بتضافر جهود كل القائمين على العملية التعليمية التربوية، من معلم وهيئة إدارية وأطباء الصحة المدرسية.

ولكي يكون الشخص متقفا صحيا يجب أن يظهر ذلك من خلال سلوكاته ، فعليه تفهم الحقائق الأساسية الخاصة بالصحة والمرض، وان يعمل على تقدم الصحة في مجتمعه انطلاقا من أسرته فيحافظ بهذا على صحته وصحة من يرعاهم.

واستنادا إلى ما سبق من نتائج نستنتج أن التربية الصحية الفعالة والتي تعتمد على أساليب تربية حديثة تمكن من تغيير سلوكيات الخطر إلى سلوكيات صحية سليمة لدى المراهقين، والتي أهمها ربما حسب واقعنا المعاش ومن خلال شكاوي الوالدين ووجهات نظر المعلمين: عدم المداومة على تناول فطور الصباح، الأكل العشوائي، عدم تناول الخضراوات وتفضيل الوجبات السريعة، بالإضافة إلى الخمول البدني، الجلوس لساعات طويلة أمام التلفاز والحاسوب، وحمل أوزان تفوق قدرة الأبناء مثل الكتب... الخ.

من جهة أخرى بينت النتائج أن المستوى التعليمي للام ليس له تأثير على درجة الوعي الصحي للمراهقين، وبالتالي ليس لديه تأثير على سلوكه الصحي، وهذا ما تنافى مع نتائج الدراسات السابقة، وتعزو الباحثة ذلك إلى تدني المستوى التعليمي لأمهات أفراد المجموعة التجريبية، لان الأسرة عموما والأم خصوصا تعتبر المصدر الرئيسي للثقافة الصحية لأفراد عائلتها، لذا يجب أن يكون لديها حد أدنى من المعارف والمعلومات عن الغذاء وأهميته وطرق الاستفادة منه وما يجب أن تحتويه الوجبات من عناصر غذائية وأهميتها لكل مرحلة عمرية، كما يجب أن تكون لديها نظرة حول أهمية النشاط الرياضي للأبناء، وضرورته لحماية أجسامهم من الأمراض المختلفة، وكيفية تخصيص وقت للترويح والترفيه عند الأبناء لخلق أفراد يتمتعون بلياقة بدنية حسنة.

كما توصلت نتائج الدراسة إلى أن مستوى التحصيل الدراسي للمراهقين ليس له تأثير على درجة وعيهم الصحي وبالتالي على سلوكياتهم الصحية، مما يدعم ضرورة خلق ثقافة صحية لدى جميع أفراد المجتمع بعيدا عن التحصيل الأكاديمي، كإعداد دورات تدريبية داخل المدرسة وخارجها لتنمية المعارف والمفاهيم الصحية للأفراد.

في الأخير نستنتج أن كل مؤسسات المجتمع عليها التظافر من اجل خلق مجتمع يتمتع أفراده بتربية صحية مميزة، تنعكس في معارفه، معلوماته واتجاهاته وبالتالي على سلوكياته.

المراجع

المراجع العربية:

1. ابن منظور. (2000). لسان العرب. (ط.1) ، المجلدين (08 و 15) ،بيروت: دار صادر للطباعة والنشر.
2. أبو اسعد، احمد. (2011). تعديل السلوك الإنساني النظرية والتطبيق. (ط.1). عمان: دار المسيرة.
3. أبو حليلة، جهاد.(د.ت). أثر استخدام برنامج بالوسائط المتعددة يوظف الأحداث المتناقضة في تنمية التنور الغذائي لدى طلاب الصف الخامس الأساسي في مادة العلوم.رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية، غزة.
4. أبو زائدة ، حاتم. (2006). فعالية برنامج بالوسائط المتعددة لتنمية المفاهيم والوعي الصحي في العلوم لدى طلبة الصف السادس الأساسي. رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية، غزة.
5. أبو قمر، باسم. (2002). برنامج مقترح في التربية الصحية لطلبة الصف التاسع الأساسي في محافظة غزة. رسالة دكتوراه، البرنامج المشترك بين جامعة الأقصى وجامعة عين شمس بالقاهرة.
6. أبو هولاء، مفضي و البلوي، خالد . (2006) . المفاهيم الصحية في مناهج العلوم للمرحلة المتوسطة في المملكة العربية السعودية. مجلة جامعة دمشق، 22، (2)، 197-240.
7. احمد ، مازن و النفاخ ، نزار و الجنابي ، حسين و سرحان ، سلمان . (2008). السلوك الصحي واتجاهاته لدى الرياضيين. مجلة علوم التربية الرياضية ، 1(7)، 86-121.
8. أحمد ، مازن و النفاخ ، نزار و الجنابي، سلمان .(2008). السلوك الصحي واتجاهاته لدى الرياضيين. مجلة علوم التربية الرياضية ، 1(7)، 86-121.

9. الأحمدى، علي .(2003). مستوى الوعي الصحي لدى تلاميذ الصف الثانى ثانوي وعلاقته

باتجاهاتهم الصحية فى المدينة المنورة . رسالة ماجستير، جامعة أم القرى، الرياض.

10. الإدارة العامة لرعاية أطفال السن المدرسي بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية: الدليل

الاسترشادي للخدمات المقدمة لطلبة المدارس من خلال عيادات الصحة المدرسية .

11. أدوات النشاط البدني.(د.ت) تم الاسترجاع في 28 ديسمبر، 2014 من

http://www.acnut.com/v/images/stories/pdf/8_1.pdf

12. إسماعيل، مجدي.(2000، مارس) . فعالية وحدة دراسية مقترحة فى التربية الصحية للوقاية

من مرض الإيدز والأمراض المنقولة جنسياً لتلاميذ الصف الثالث الإعدادي. مجلة التربية

العلمية، 3(1)، 43-67.

13. الأنصاري ، بدر . (1998) . التفاؤل والتشاؤم المفهوم والقياس والمتعلقات. الكويت: لجنة

التأليف والتعريب والنشر.

14. الأنصاري ،بدر . (2001). إعداد مقياس التفاؤل غير الواقعي لدى عينة من الطلبة

والطالبات في الكويت. مجلة دراسات نفسية ، 11 (2)، 194 -243.

15. باحارث ، عدنان .(2005). أسس التربية الصحية للفتاة المسلمة (ط.1). السعودية: دار

الجمع للنشر والتوزيع.

16. بدح، احمد و مزاهرة، أيمن و بدران ، سليمان. (2009) . الثقافة الصحية (ط.1). الأردن:

دار المسيرة.

17. بدوي، احمد .(1978). معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، بيروت: مكتبة لبنان.

18. البرزنجي، عبد الواحد . (2010). التفاؤل والتشاؤم وعلاقته بمفهوم الذات وموقع الضبط

(ط.1). عمان: دار الصفاء.

19. برعي، ميرفت . (2006، 12-13 افريل). برنامج مقترح لتنمية الوعي البيئي لدى الأطفال

بتوظيف بعض الأنشطة الفنية والموسيقية. ورقة مقدمة ضمن مؤتمر التعليم النوعي ودوره

في التنمية البشرية في عصر العولمة، جامعة المنصورة، مصر .

20. بسيوني، محمد. (2004). التربية الصحية. (ط1). السعودية: الأندلس للطباعة والنشر.

21. بن بوزيد، أبو بكر. (2009). إصلاح التربية في الجزائر، رهانات وإنجازات. الجزائر:

دار القصبة للنشر.

22. بن يوسف، حفصاوي وصحراوي، مراد. (2008). المحددات النفسية، البدنية والاجتماعية

لممارسة الأنشطة البدنية والرياضية دراسة مسحية لدى تلاميذ المؤسسات التربوية بولاية

الجزائر وسط. بحث مقدم في الملتقى الدولي الأول لمعهد التربية البدنية والرياضية جامعة

حسيبة بن بوعلي الشلف، الجزائر.

23. البنك الدولي. (2008). دعم الشباب المعرض للخطر، حقيبة أدوات السياسات للدول متوسطة

الدخل. د.ن.

24. بني خلف، محمود. (2007). أفضلية مصادر المعرفة الصحية من حيث أهميتها والإفادة

منها كما يراها طلبة المرحلة الأساسية العليا في الأردن. مجلة دراسات العلوم التربوية،

34(ملحق)، 717-718.

25. بوخبزة، نبيلة. (1997، جوان-ديسمبر). الاتصال الاجتماعي الصحي في الجزائر .

المجلة الجزائرية للاتصال، (16) .

26. ثابت، مرال و محمد ، حافظ . (2011). السلوكيات المتعلقة بالصحة في عينة من الشباب المراهقين العراقيين. مجلة التقني، 25 (2)، 133-139.
27. الجرجاوي ، زياد و أغا ، محمد . (2011). واقع تطبيق التربية الصحية في مدارس التعليم الحكومي بمدينة غزة. مجلة جامعة الأزهر بغزة، سلسلة العلوم الإنسانية، 13(1)(B)، 1205-1252.
28. الجرجاوي ، زياد و أغا ، محمد . (2011). واقع تطبيق التربية الصحية في مدارس التعليم الحكومي بمدينة غزة مجلة جامعة الأزهر بغزة. سلسلة العلوم الإنسانية، 13(1)، 1205-1252.
29. الجفري ، علي. (2014). اتجاهات طلبة جامعة الملك عبد العزيز بالمملكة العربية السعودية نحو ممارسة النشاط البدني. مجلة جامعة النجاح للأبحاث (العلوم الإنسانية) ، 28 (8) ، 1899-1922.
30. الجفري، علي.(2014). اتجاهات طلبة جامعة الملك عبد العزيز بالمملكة العربية السعودية نحو ممارسة النشاط البدني. مجلة جامعة النجاح للأبحاث (العلوم الإنسانية) ، 28(8)، 1899-1922.
31. الجمال، رضا. (2004). برنامج لتنمية الوعي الغذائي الصحي لأطفال الحضانة وعلاقته بقدرتهم على الانتباه والتركيز. مجلة الطفولة والتنمية، 4(14)، 31-54.
32. جمال، مقراني وبن زيدان، حسين و بورزامة، داود (2015، 15-16 افريل). اتجاهات طلبة معهد التربية البدنية والرياضية نحو السلوك الصحي. بحث مقدم في الملتقى الدولي الرابع حول ثقافة الممارسة الرياضية والصحة في المجتمع جامعة آكلي محند اولحاج البويرة، الجزائر.

33. الحايك، أحمد. (2013). فاعلية برنامج تدريبي في تنمية مهارات الرعاية الصحية الأولية للعاملين بمراكز التربية الخاصة مع الأطفال التوحديين في محافظتي عمان والزرقاء . مجلة جامعة النجاح للأبحاث (العلوم الإنسانية)، 27(12) ، 2443 - 2474.
34. حجر، سليمان و الأمين، محمد. (2002). الأسس العامة للصحة والتربية الصحية . القاهرة : مكتبة ومطبعة الغد.
35. حراز، سلمى. (2014، 03 فيفري). المراهقون الجزائريون مهددون بمرض "ضغط الدم" . تم الاسترجاع في 17 جانفي، 2015 من :
<http://www.elkhabar.com/press/article/22802/#sthash.eIWG3X6h.dpbs>
36. حسن، عبد الحميد و شاهين ، عبد الحميد. (2011). إستراتيجيات التدريس المتقدمة وإستراتيجيات التعلم وأنماط التعلم. الإسكندرية :كلية التربية بدمنهور .
37. حسين ، عبد الأمير و زيدان ، خديجة.(د.ت). دور القنوات الإذاعية والتلفزيونية المحلية في نشر الوعي الصحي لدي طلبة الجامعات العراقية في مدينة بغداد دراسة ميدانية. مجلة المستنصرية للدراسات العربية والدولية ، 40 ، 161-183.
38. جلس، موسى و مهدي، ناصر. (2010). دور وسائل الإعلام في تشكيل الوعي الاجتماعي لدى الشباب الفلسطيني (دراسة ميدانية على عينه من طلاب كلية الآداب جامعة الأزهر). مجلة جامعة الأزهر بغزة سلسلة العلوم الإنسانية ، 12(2)، 135-180.
39. الحميري، إزهار. (2015). الوعي الغذائي والتغذوي للنساء الريفيات في المنطقة الوسطى وعلاقته ببعض المتغيرات الذاتية. مجلة جامعة بابل للعلوم الصرفة والتطبيقية، 28 (1)، 325-339.

40.حنان، بدر و فليب، مودي 2005: معتقدات الموظفين الحكوميين الكويتيين الذكور حول محل التحكم في الصحة وحول التدخين. المجلة الصحية للشرق المتوسط منظمة الصحة العالمية ، 11 (2.1).

41. الحو، لبنى. (2015، 7 ماي). كيف نعيد بناء ثقافتنا الصحية بشكل سليم عبر الانترنت ، تم الاسترجاع في 15 ماي، 2015 من :

<https://blog.netknowlogy.net/how-to-build-health-awareness-for-arabic-netizens/>

42.الخاجة ،هدى .(2001، مارس). اتجاهات طالبات جامعة البحرين نحو النشاط البدني دراسة مقارنة. مجلة العلوم التربوية والنفسية ،2(1)، 89-105.

43.خالد، زينب و يحيى، سعيد.(2009، افريل). فعالية برنامج كمبيوتر في الثقافة الغذائية على التحصيل المعرفي وتنمية الوعي الغذائي والصحي لدى تلاميذ المرحلة الإعدادية. مجلة كلية التربية بنها، 19 (78) .

44.الخرنجي ،محمد. (2001) . سمين نشيط أم . نحيف خامل ؟ مجلة العربي، (507)

45.خطايبية، عبد الله و رواشدة ، فيصل. (2003). مستوى الوعي الصحي لدى طالبات كليات المجتمع الحكومية في الأردن. مجلة جامعة الملك سعود، 15(1). 259-296.

46.خلفي، عبد الحليم.(2013). أثر الضبط الصحي على مستوى الوعي الصحي لدى طلبة المركز الجامعي بتامنغست. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية .(13)، 269-284.

47.الخليلي، خليل وسالم، معتز وأبو دهيس برهان. (1987)درجة الوعي الصحي عند طلبة الثاني الثانوي علمي الوالأدبي والمهني في ثلاث مناطق جغرافية مختلفة في الأردن. مجلة

أبحاث اليرموك،3(1) ، 91-110.

48. خميس، محمد. (2000). اتجاهات مديري المدارس في وكالة الغوث الدولية في الأردن نحو برنامج التربية الرياضية المدرسية . مجلة جامعة النجاح للأبحاث (العلوم الإنسانية)، 16(2) ، 440-411 .
49. الخولي، أمين. (2001). أصول التربية البدنية والرياضة المدخل-التاريخ-الفلسفة. (ط.3) القاهرة: دار الفكر العربي.
50. دبله، عبد العالي وصدراي، فضيلة. (2013، جوان). واقع التربية الصحية في الاوساد المدرسية. مجلة علوم الانسان والمجتمع، (6)، 103-140.
51. الدق، أميرة. (2011). أنماط السلوك الصحي لدى مرضى الكبد الفيروسي (س) المزمّن في ضوء فاعلية الذات الصحية والحالة العقلية. مكتبة أتراك.
52. الدليمي، خلف . (2009). جغرافية الصحة. (ط.1). عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع .
53. دويكات، بدر. (2013). دور ممارسة النشاط الرياضي المدرسي في تنمية القيم الخلقية لدى الطلبة من وجهة نظر معلمي التربية الرياضية في محافظة نابلس. مجلة جامعة النجاح للأبحاث (العلوم الإنسانية)، 27(11) ، 2381-2400.
54. ذيب، ميرفت. (2013). اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة وعلاقتها بمستوى التحصيل الدراسي بين الطلاب البدناء وغير البدناء . مجلة دراسات العلوم التربوية، 40 (1)، 94-106 .
55. الراتب، سعود. (2003). الإنسان والبيئة. عمان: دار الحامد للنشر والتوزيع.
56. الراسبي ، خميس. (2007، 4-6 ديسمبر). الممارسات الحالية لتعزيز خدمات التغذية المدرسية بمدارس السلطنة، ورقة عمل مقدمة للمؤتمر العربي الثالث للتغذية، أبو ظبي.
57. رشاد، نادية. (2000). التربية الصحية والأمان. الإسكندرية: منشأة المعارف.

58. الرشيد، جميل. (2011). التربية الصحية المدرسية. المجلة العلمية للتربية البدنية و

الرياضية، (2).

59. رضوان، سامر . (2002). الصحة النفسية . (ط.1).الأردن: دار المسيرة.

60. رضوان، سامر . (د.ت). انتشار تعاطي المواد المؤثرة نفسياً لدى عينات من طلاب

المدارس الإعدادية والثانوية في مدينة دمشق. تم الاسترجاع في 13-نوفمبر، 2010 من:

<http://www.alba7es.com/Page1225.htm>

61. رضوان، سامر وريشكه كونراد. (د.ت). السلوك الصحي والاتجاهات نحو الصحة: دراسة

ميدانية مقارنة بين طلاب سوريين وألمان . تم الاسترجاع في 12 جويلية 2007 من:

<http://www.alba7es.com/Page1220.htm>

62. الركبان، محمد. (2009). البدانة الداء والدواء .السعودية: مدينة الملك عبد العزيز للعلوم

والتقنية kacst .

63. الركبان، محمد. (2005) . النشاط البدني وعلاقته بالسمنة عند طلاب المدارس السعوديين .

المجلة العربية للغذاء والتغذية، (13) ، 167-153.

64. الركبان، محمد. (2004): السلوكيات الغذائية والعوامل المؤثرة فيها لدى المراهقين في مدينة

الرياض .المجلة العربية للغذاء والتغذية، (21) ، 70-56.

65. الروسان، فاروق. (2000) . الذكاء والسلوك التكيفي (الذكاء الاجتماعي). الرياض: دار

الزهراء.

66. الريامي، أحمد . (2009). إعداد المعلمين في سلطنة عمان (تحديات العولمة والتربية

السياسية والبيئية) (ط.1) ، الأردن، عالم الكتب الحديث .

67. زايد، كاشف و الجبالي، مصطفى و الشعيلي، علي.(2004). اتجاهات طلبة جامعة السلطان قابوس نحو النشاط الرياضي وعلاقتها ببعض المتغيرات. مجلة سلسلة الدراسات النفسية والتربوية. المجلد 8، 47-75.
68. زررور، محمود. (2008، 20-21 افريل). دور التربية في تنمية الثقافة الصحية (دراسة تحليلية). بحث مقدم إلى المؤتمر العلمي العربي الثالث التعليم وقضايا المجتمع المعاصر، جامعة سوهاج.
69. الزروق، فاطمة الزهراء .(2015). علم النفس الصحي مجالاته، نظرياته والمفاهيم المنبثقة عنه . الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية .
70. زعطوط، رمضان(د.ت). نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين وعلاقتها ببعض المتغيرات. رسالة دكتوراه. جامعة ورقلة، الجزائر.
71. زنكنة، سوزان .(2009). الوعي الصحي ومصادره لدى طلبة كلية التربية ابن الهيثم. مجلة ديالى، (41)، 1-37.
72. س، حنان. (2009، 07 نوفمبر). فيما بلغ مرض السكري في الجزائر 1.7 مليون شخص. تم الاسترجاع في 25 فيفري، 2013 من:
- <http://www.djazairss.com/elmassa/26370>
73. سلامة، بهاء الدين. (2001). الصحة والتربية الصحية. القاهرة: دار الفكر العربي.
74. سلامة، محمد. (2007). العوامل الاجتماعية والاقتصادية وأثرها على الوعي الطبي. (ط.1). الإسكندرية: دار الوفاء.
75. سليم، محمد وحسين، يسري. (1995). طرق تدريس العلوم. الأردن: وزارة التربية والتعليم.

76.سياسات المحافظة على الصحة الخاصة بالنشاط البدني والتغذية لإدارة التعليم لمدينة

نيويورك. (2010). تم الاسترجاع في 17 جوان، 2014 من

http://schools.nyc.gov/NR/rdonlyres/441861AE-E36B-47AB-87753DC2E95C3804/86886/NYCDOEWellnessPolicy2010_Arabic2.pdf

77.الشاعر، عبد المجيد وآخرون (2005). الصحة والسلامة العامة. (ط.1). عمان : دار اليازوري

العلمية للنشر والتوزيع .

78.شحادة، إيمان. (2009). تقويم محتوى منهاج العلوم العامة للمرحلة الأساسية الدنيا في

ضوء متطلبات التنوير الصحي. رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية، غزة.

79.شريم، محمد . (2012). الثقافة الصحية. عمان: مكتبة الأسرة الأردنية .

80.شعلان، السيد و ناجي، فاطمة. (2001). التربية الرياضية والمعسكرات للأطفال. القاهرة:

دار الكتاب الحديث .

81.شفارتسر ، رالف. (1994) . التفاوضية الدفاعية والوظيفية كشرطين للسلوك الصحي.

سامر جميل رضوان، مترجم). مجلة الثقافة النفسية، (18)، 75-93.

82.شكر، فايز و اسعد ،أمان ومحمد، عبد الحليم.(1999). الصحة المدرسية (ط.القاهرة:رة

:عالم الكتب .

83.الشلهوب، عبد الملك . دور الإعلام في تحقيق الوعي الصحي .تم الاسترجاع في 20-06-

<http://skinandallergy.org/wp-:> من 2014

content/uploads/2012/11/12808538211.pdf

84.شويخ ، هناء .(د.ت). علم النفس الصحي. مصر: مكتبة الانجلو المصرية.

85. شيلي ،تايلور.(2008). علم النفس الصحي (وسام درويش بريك و فوزي شاكرا طعمية

داود، مترجم). الأردن: دار الحامد عمان.

86. صالح ، صالح. (2002). فعالية برنامج مقترح في التربية الصحية في تنمية التنور الصحي

لدى تلاميذ المرحلة الإعدادية بشمال سيناء . مجلة التربية العلمية، 5(4)، 51-99.

87. صالح، عماد والسيد، أماني.(2009، 9-11 ديسمبر). دور المكتبات العامة في تنمية الوعي

الصحي ومكافحة الأزمات الصحية العالمية، دراسة استكشافية مقارنة لبرامج وأنشطة

المكتبات في ضوء وباء الأنفلونزا. بحث مقدم إلى المؤتمر العشرون للاتحاد العربي للمكتبات

والمعلومات (اعلم) نحو جيل جديد من نظم المعلومات والمتخصصين : رؤية مستقبلية، الدار

البيضاء، المغرب .

88. صبري، ماهر و محمد، أسامة. (2007). الوعي الوقائي لدى طلاب المدارس الثانوية

الصناعية وعلاقته بممارستهم لبعض السلوكيات الخطرة. سلسلة دراسات عربية في التربية

و علم النفس، 1(3)، 134-159 .

89. الصبوة، محمد والمحمود، شيماء.(2007). بعض المتغيرات المعرفية والمزاجية المنبئة

بممارسة السلوك الصحي الايجابي والسلبي لدى عينة من طلاب جامعة الكويت. دراسات

عربية في علم النفس، 6(1)، 1-48.

90. صدراتي، فضيلة. (2014). واقع الصحة المدرسية في الجزائر من وجهة نظر الفاعلين

في القطاع. رسالة دكتوراه، جامعة بسكرة، الجزائر.

91. الصديقي، سلوى .(1999). مدخل في الصحة العامة والرعاية الصحية والاجتماعية.

الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.

92.الصفدي، عصام و أبو حويج، مروان و العماد، عادل. (2001). العلوم السلوكية والاجتماعية

والتربية الصحية . (ط.1). عمان: دار المسيرة .

93.صمادي، احمد والصمادي ، محمد. (2011). مقياس السلوك الصحي لطلبة الجامعات

الأردنية. المجلة العربية للطب النفسي ، 22(1) ، 83-88.

94.طلافة، حامد و أبو حسان ، سائدة . (2007). المفاهيم الصحية في كتب التربية الوطنية

والمدينة للصفوف الثلاثة العليا من مرحلة التعليم الأساسي في الأردن. مجلة كلية التربية،

(24)، 101-136.

95.العامودي، خالد و العوفي، عبد اللطيف . (1995). مصادر المعلومة للمعرفة الصحية

(دراسة ميدانية لماهية المصادر الطبية وآثارها في الوعي الصحي في البيئة السعودية).

مجلة جامعة القرى، (11)، 189-228 .

96.عاكيف، فؤاد.(2015، تشرين الأول). مدى تناول كتب علوم الحياة والأرض للتعليم

الثانوي الإعدادي بالمملكة المغربية لمفاهيم التربية الصحية. مجلة جامعة القدس المفتوحة

للأبحاث والدراسات التربوية والنفسية – 3(11)، 271-298.

97.عبد الحق، عماد و شناعة ، مؤيد ونعيرات، قيس ، و العماد ، سليمان.(2012). مستوى

الوعي الصحي لدى طلبة جامعة النجاح الوطنية وجامعة القدس . مجلة جامعة النجاح

للأبحاث (العلوم الإنسانية)، 26 (4) ، 939-958.

98.عبد الخالق، احمد.(1989).التفاؤل وصحة الجسم ،دراسة عاملية .مجلة العلوم الاجتماعية.

26(2)، 45-62.

99. عبد الرحمن ، سعد .(2008). القياس النفسي والتطبيق.لتطبيق.الجيزة:لجيزة : هبة النيل للنشر والتوزيع .

100. عبد السلام ، احمد.(2001). اثر برنامج في التربية الصحية على اكتساب الثقافة الصحية لتلاميذ المرحلة الابتدائية. قسم علوم الصحة الرياضية، كلية التربية الرياضية، جامعة أسيوط مصر .

101. عبد العزيز مفتاح. (2010) مقدمة في علم نفس الصحة.(ط1). عمان: دار وائل للنشر.

102. عبد الغني، أمين وسالم، دعاء وحجازي هند . (2011، أكتوبر). دور مواد الرأي والاستقصاء في الصحافة المصرية في تنمية وعي الشباب بالقضايا الصحية "دراسة ميدانية". مجلة بحوث التربية النوعية ، عدد23 الجزء الأول ، 322-360.

103. عبد اللطيف، ميادة.(2011، تشرين الأول). أثر نموذجي Driver و Woods في اكتساب مفاهيم الصحة المدرسية واستبقائها وتنمية حب الاستطلاع العلمي لدى طالبات معهد إعداد المعلمات. مجلة دراسات تربوية ، (12)، 61-106.

104. عبد الله، فيصل. (2006). تأثير تدريس مساق الصحة والرياضة على تغيير اتجاهات طلبة كلية التربية بجامعة البحرين نحو النشاط البدني. مجلة رسالة الخليج ، 102.

105. عبده، ياسين.(2003). برنامج مقترح لتنمية المفاهيم الصحية لدى طلبة الصف السادس بمحافظة غزة. رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية ، غزة .

106. العبسي ،مصطفى.(2004، 3 سبتمبر). العوامل السلوكية والنفسية المؤدية للأمراض

القلب في الدول الغنية والفقيرة . تم الاسترجاع في 24 - 09 - 2008 من :

<http://www.sabanews.net/ar/news77433.htm>

107. العرجان ، جعفر.(2013). البدانة والممارسة الرياضية من أجل الصحة والتدخين والأمراض المرتبطة بقلة الحركة والعادات الغذائية لدى معلمي التربية الرياضية في الأردن. مجلة جامعة النجاح للأبحاث (العلوم الإنسانية) ، 27 (8) ، 1661-1704.
108. العرجان، جعفر و ذيب، ميرفت و الكيلاني، غازي . (2013، مارس). مستوى الوعي الصحي ومصادر الحصول على المعلومات الصحية لدى طلبة جامعة البلقاء التطبيقية في الأردن. مجلة العلوم التربوية والنفسية .14(1) ، 311-344.
109. العزام ، علي و السرور، فاطمة و العزام، محمد.(د.ت). معايير التربية الصحية ودرجة مراعاتها في منهاج التربية الإسلامية للمرحلة الأساسية العليا من وجهة نظر المعلمين. مجلة دراسات العلوم التربوية، 39 (2) ، 541-560.
110. عزمى، مجدي.(2014، 20 مارس). يأكل الإنسان لثلاث اعتبارات. تم الاسترجاع في 13-جانفي، 2015 من : <http://drmagdynazih.com/?p=315>
111. عطوة، زاهر و قباجة ، زياد و عبوشي، فهمي و أبو جزر، حازم.(2010). دليل طرائق التدريس. فلسطين: د.ن.
112. عطية، محسن. (2009). البحث العلمي في التربية مناهجه، أدواته، وسائله الإحصائية. الأردن: دار المناهج للنشر والتوزيع.
113. العطير، يسرى . (2009). دور الإعلام الرياضي في التنقيف الصحي لمراحل التعليم المختلفة بدولة الكويت. رسالة ماجستير، جامعة الزقازيق ، مصر.
114. عفيفي، السيد.(1996). بحوث في علم الاجتماع المعاصر. القاهرة :دار الفكر العربي.
115. على، علي. (1986). الصحة النفسية أسسها ومشكلاتها ووسائل تحقيقها . القاهرة :مكتبة جامعة عين شمس .

116. العمودي، هاله .(2007). فعالية برنامج مقترح في التربية الصحية لتنمية التنور الصحي لدى تلميذات المرحلة المتوسطة بمدينة مكة المكرمة. رسالة دكتوراه ، جامعة مكة المكرمة ، السعودية.
117. فخرو، عائشة. (2003). دراسة مقارنة لمستوى الوعي الغذائي لدى الطالبات المعلمات تخصص الاقتصاد المنزلي بكلية التربية -جامعة قطر- والتخصصات الأخرى في ضوء بعض المتغيرات. مجلة العلوم التربوية، (4) ، 58-19 .
118. الفرا ، فاروق. (1984). اتجاهات مستحدثة في التربية الصحية وانعكاساتها على المناهج الدراسية في الدول العربية الخليجية . رسالة الخليج العربي، (11)، 169-131.
119. الفرع ، صلاح الدين.(2008). برنامج محوسب ودوره في تنمية مفاهيم التربية الوقائية في التكنولوجيا لدى طلبة الصف التاسع الأساسي. رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية ، غزة.
120. فريجات، حكمت .(1990). مبادئ في الصحة العامة .(ط.1). عمان: دار المستقبل
121. فريجات، حكمت وكنعان ، هشام .(2002). مبادئ في الصحة العامة (ط.1) . عمان: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع .
122. فضة، سحر. (2012). دور الإدارة المدرسية في تفعيل التربية الصحية في المرحلة الأساسية في محافظات غزة. رسالة ماجستير، جامعة الأزهر، غزة.
123. القدومي ، عبد الناصر.(2005، 01 جانفي). مستوى الوعي الصحي ومصادر الحصول على المعلومات الصحية لدى لاعبي الاندية العربية للكرة الطائرة. تم الاسترجاع في 15 جوان، 2013 من:

<http://blogs.najah.edu/staff/abdel-naser-qadoumi/article/article-21#>

124. القدومي، عبد الناصر و زايد، كاشف. (6، 2009 ماي). مستوى الوعي الغذائي لدى طلبة

تخصص التربية الرياضية في جامعة النجاح الوطنية وجامعة السلطان قابوس. تم الاسترجاع

في 05 افريل، 2011 من:

<http://blogs.najah.edu/staff/abdel-naser-qadoumi/article/article-38>

125. قمر، عصام ومبروك، سحر. (2004). نحو دور فعال للخدمة الاجتماعية في تحقيق

التربية البيئية. (ط.1)، مصر: المكتب الجامعي الحديث .

126. القمش ، مصطفى و المعاينة ، خليل و مخامرة، سحر. (2000). مبادئ الصحة العامة.

الأردن: دار الفكر .

127. قنديل، إبراهيم. (1971). التربية الصحية في عصر التكنولوجيا. القاهرة: مطبعة العالم

العربي.

128. كامل، خالد. (د. ت.). الصحة واللياقة البدنية. السعودية: كلية التربية جامعة الملك سعود

قسم التربية البدنية وعلوم الحركة.

129. كشييب، مراد و عيادي، نادية. (2014، 21-22 افريل). دور الوعي الصحي في تعزيز

ممارسة الفرد للسلوك الصحي. ورقة بحث مقدمة في الملتقى الوطني الأول للصحة العامة

والسلوك الصحي في المجتمع الجزائري، جامعة الطارف، الجزائر .

130. كلاوس، هوريلمان وفولفغانغ، سيثيرتوبولته. (2008). علم النفس الاكلينيكي في مرحلة

الطفولة واليافع- نماذج من الاضطرابات النفسية. (سامر رضوان، مترجم). الامارات

العربية المتحدة: منشورات دار الكتاب الجامعي.

131. الكيلاني، نجيب .(2013). التثقيف الصحي للطلاب وأفراد المجتمع. (ط.1). مصر: دار
الصحة .

132. مجمع اللغة العربي.(1998). المعجم الوجيز، القاهرة: الهيئة العامة لشؤون المطابع
الأميرية.

133. محمد، علي.(2007). مستوى الوعي الصحي لدى طلبة كلية التربية جامعة القادسية. مجلة
القادسية في الآداب والعلوم التربوية، 6(2،1)، 187-207.

134. محمد، مي . (2009). التوجيه والإرشاد الصحي المبرمج وتأثيره على الوعي الصحي
واللياقة الحركية لذوى الاحتياجات الخاصة. رسالة ماجستير، جامعة الزقازيق، مصر.

135. محمود، أمال.(1994). إرتباط السلوك الصحي لطالبات كلية التربية الرياضية بدراسة
بعض المقررات الصحية (دراسة مقارنة). تم الاسترجاع في 25 ماي، 2011 من:

http://www.iusst.org/index.php?view=article&catid=44%3A2010-06-10-00-47-20&id=327%3A2010-06-13-20-59-26&tmpl=component&print=1&layout=default&page=&option=com_content&Itemid=90

136. مخلوف، إقبال.(1991). العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية. اتجاهات تطبيقية .
الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

137. المركز القومي للبحوث التربوية لدول الخليج العربي .(1982). التربية الصحية في مناهج
المرحلة المتوسطة في دول الخليج العربي. السعودية : مكتب التربية العربي لدول الخليج.

138.المسعد سارة.(2005، 15 ديسمبر). تغيير السلوك الصحي يقلل من الأمراض ويزيد من

الإنتاجية. تم الاسترجاع في 23 جوان، 2007 من :

<http://www.alriyadh.com/115468>

139.مصلح، الصالح.(1999). الشامل قاموس مصطلحات العلوم الاجتماعية. (ط.1)، السعودية:

دار عالم الكتب الرياض.

140.مصيقر، عبد الرحمن. (2001، يونيو). العادات الصحية عند الفتيات المراهقات في دول

مجلس التعاون الخليجي. المجلة العربية للغذاء والتغذية، (4)، 52- 58.

141.مصيقر، عبد الرحمن . (2002، يناير). دراسة عن نمط الحياة وعلاقته بأمراض القلب في

البحرين . المجلة العربية للغذاء والتغذية ، 3(5)، 40-41.

142.مقدم، عبد الحفيظ. (1993). الإحصاء والقياس النفسي والتربوي. الجزائر: ديوان المطبوعات

الجامعية.

143.المليجي، براهيم . (1991). الرعاية الطبية والتأهيلية من منظور الخدمة الاجتماعية.

(ط.1). الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.

144. منظمة الصحة العالمية . (2010). دليل عملي لإعداد وتنفيذ سياسة مدرسية حول النظام

الغذائي والنشاط البدني. القاهرة:المكتب الإقليمي لشرق المتوسط.

145. منظمة الصحة العالمية.(2011). تقرير الوضع العالمي الخاص بالأمراض غير

المعدية 2010 .جنيف.

146. منظمة الصحة العالمية.(د.ت). النظام الغذائي والنشاط البدني أولوية للصحة العام، تم

الاسترجاع في 25 جانفي، 2014 من:

<http://www.who.int/dietphysicalactivity/ar/>

147. المهجة، نبال. (2009). العادات الغذائية لدى طلبة كلية التربية / جامعة القادسية مجلة

القادسية للعلوم الإنسانية ، 12(2)، 291-309 .

148. نياز، عبد العزيز. (1425 هـ) جودة الرعاية الصحية: الأسس النظرية والتطبيق

العملي. الرياض: وزارة الصحة.

149. الهزاع: هزاع . (2004) . النشاط البدني في مجابهة الأمراض المزمنة : دور قديم ازداد

قوة وأهمية في وقتنا الحاضر. المجلة العربية للغذاء والتغذية ، (5) ، 141- 161.

150. وزارة التربية الوطنية: الجريدة الرسمية. القانون التوجيهي للتربية الوطنية قانون رقم

04.08، المؤرخ في 23 جانفي 2008.

151. يخلف، عثمان . (2001). علم نفس الصحة الأسس النفسية والسلوكية للصحة (ط.1).

الدوحة : دار الثقافة.

المراجع الأجنبية:

152. Ait, H.A. (23 Décembre, 2007). 7 millions d'Algériens sont

hypertendus. *journal d'Expression*.

153. Ajzen, Icek (2002). Constructing a tpb questionnaire: Conceptual and

methodological considerations. Retrieved 2010, 15 avril from:

<http://www.people.umass.edu/aizen/pdf/tpb.measurement.pdf>

154. Andrè, D. et Yacquè, B. (1983). Le petit Larousse de la Médecine

.tome1.france : Larousse.

155. Antonia, C. L . Kerry, C.(2005). Health psychology A Critical Introduction. New York : Cambridge University Press.
156. Artag,M.(2001). health education about diarrhea. London: Public Health publisher.
157. Asma,M. A.(2009).Factors Associated with the Consumption of Carbonated Soft Drinks among Saudi Adolescents Aged 13-15 Years in Riyadh city. J. Saudi Soc. for Food and Nutrition. 4(2),25- 36 .
158. Bonita, R. de Courten, M. Dwyer, T. Jamrozik, K. Winkelmann, R. (2001). Surveillance des facteurs de risque des maladies non transmissibles L'Approche "STEPwise" de L'OMS. OMS : Genève.
159. Bureau of Health Statistics (2000). Behavioral Risks of Pennsylvania Adults. Retrieved april 20, 2010 from:
http://www.dsf.health.state.pa.us/health/lib/health/brfss/pa2000/brfss_questionnaire_2000.pdf
160. Carolina.W. et all.(s.d). les déterminants des comportements de santé préventive : revue de la littérature, perspective de recherche et étude exploratoire.
161. Carter, L . M. (January 1, 1977) toward an educated Health Consumer: Mass Communication and Quality in Medical care._ Study in the Health Sciences. (2).
162. Christophe Allanic.(2008,12.fivrier).Les conduites à risque des Adolescents. Retrieved marth 28, 2014 from :

<http://psychologue.nantes.free.fr/conduites-risque2.php>

163. Debesse, M. (1971). *l'adolescent*. PARIS : PUF .
164. Glanz, K. Barbara, K. R. Viswanath, K. (2008). Health Behavior and Health Education Theory, Research, and Practice. (4. ed), USA: Jossey-Bass A Wiley Imprint.
165. Gustave, N.F. (2002). *Traité de psychologie de la santé*. france : Dunod.
166. Holund, U. (1990). The Effect of Nutrition Education Program Learning by Teaching on the Dietary Attitude of a Group of Adolescents, Community Dental Health, No. 7, 395-400.
167. Kaplan, R.M. Sallis, J. F. Patterson, T.L. (1993). Health and human Behaviour. New York : Mc Graw-Hill
168. Kolbe, L.J. (1993). Developing a plan of Action to Institutionalize Comprehensive School Health Education Programs in The United States, Journal of School Health, 63(1), 12-13.
169. Laurence, D. (2006). conduites a risque , paris : Institut national de prévention et d' éducation pour la santé .
170. Le Centre d'expertise collective . (2001). Education pour la santé des jeunes : démarches et méthodes . france : Inserm.
171. Mahmoud, j. (2003). the level of health behaviors among Palestinian university students in west Bank . master of public health; an-najeh national university. Nablus , Palestine

172. Marcel, G. B.(1990). *l' épidémiologie sans peine*.(2.ed) , paris : Frison- Roche.
173. Marillou, B. S(2002). *psychologie de la santé : modèles ; concepts et méthodes*.(1. ed), paris :Dunod.
- 174.Martine ,B et René. D. (2003). *Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire* .France : Inpes.
175. Michael,J. Z and Jasper A. J. S.(2008). *Anxiety in Health Behaviors and Physical Illness*. Springer Science .
- 176.Mohammed, B. H .Eqbal, G. M.(2013). Assessment Of Adolescents' Daily Physical Activity & It's Relation To Obesity In Secondary Schools. At AL-Najaf ALAshraf City. *kufa Journal for Nursing sciences*, 3(3) , 197-203
- 177.Morris, J. Clayton, D. Everitt, M. Semmence, A. Burgess, E. (1990). Exercise in leisure time: coronary attack and death rates. *Brit Heart J*,(63),325-334.
- 178.National Institutes of Health.(S.D). *Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion Practice*. U.S : Département of Health and Human Services.
- 179.Norbert, S. (1999) .*dictionnaire de la psychologie* . Canada : Larousse.
- 180.OMS. (1999). *Glossaire de la promotion de la santé*. Genève

- 181.OMS. (S.D) *L'éducation pour la santé « Guide pratique pour les projets de santé »*. Genève.
182. Onyango,O.W. Aagaard,H.j and Jensen ,B. B.(2004 ,Jun). Changing concepts of health and illness among children of primary school age in Western Kenya. Health Education Research, 19(3). 326-339.
- 183.Public Health Agency of Canada.(2008). Canadian Guidelines for Sexual Health Education.Canada: Minister of Health
184. Robert Preidt .(Jun 5, 2012) Retrieved april 18, 2014 from:
<http://consumer.healthday.com/diabetes-information-10/misc-diabetes-news-181/low-fiber-diet-may-raise-teens-risk-for-heart-disease-diabetes-665349.html>
- 185.Sameh .W.M.(2009). *the influence of socio- demographic factors on the level of obesity and health-awareness among physically disabled in nablus governorate* . master of public health; an-najeh national university. Nablus, Palestin
- 186.Sylvie, B.G.(s.d). Interprétation d'une enquête épidémiologique ; le revue du praticien, Département de santé publique, hôpital Henri-Mondor.
- 187.Taylor, S. E. (2003).Health psychology. (5em. Ed). New York: Mc Graw-Hill.

188. Werner, D. F.(1997). Dictionnaire de la Psychologie. France : Librairie Générale Française.
189. WHO. (1995). Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Geneva.
190. WHO.(2004). Chronic diseases and health promotion.Global school-based student health survey, ministry of health Jordan. Retrieved april 17, 2012 from: <http://www.who.int>
191. WHO.(2013).Cancer.AidemémoireN°297. Retrieved January 15, 2015 from:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/fr/index.html>.
192. William, j.h. Abennathy ,r .(1959). health éducation in school . New York : the Rolend press company.

الملاحق



بسكره في : 01 2013

رقم: 145/ع م د م ط/2013

إلى السيد : مدير التربية لولاية باتنة

الموضوع : تقديم تسهيلات لإجراء دراسة ميدانية

تحية طيبة و بعد ...

في إطار التعاون بين الجامعات و مديريات التربية و ذلك لتطوير و ترقية البحث العلمي ، أرجو من سيادتكم تقديم تسهيلات للطلبة: **القص صليحة** في إطار التحضير لشهادة الدكتوراه المسومة ب: التربية الصحية و دورها في تغيير و تعديل سلوكيات الخطر و نشر الوعي الصحي لدى المراهقين و ذلك بإجراء تربص ميداني على مستوى مؤسساتكم التربوية.

تقبلوا منا فائق التقدير و الإحترام

نائب العميد المكلف بالدراسات
و المسائل المرتبطة بالطلبة

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التربية الوطنية

مديرية التربية لولاية باتنة
مصلحة التكوين والتفتيش
مكتب الامانة

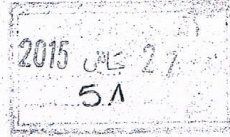
20.8.2013

رقم: 2011/0.7/3323

مدير التربية لولاية باتنة
الى

السادة /مدراء المتوسطات

- متوسطة سيود علي ع/التوتة.
- متوسطة حمي المجاهدين ع/التوتة
- ثانوية يحيى وي موسى ع/التوتة



الموضوع: دراسة ميدانية.

المرجع: ارسالية مدير جامعة محمد خيضر بسكرة المؤرخة في 2013/10/01
تحت رقم 149/ن ع م م ط/2013.

بناء على المراسلة المشار إليها في المرجع أعلاه، يشرفني أن

أطلب منكم الترخيص للسيدة: **القص صليحة**

باجراء دراسة ميدانية داخل مؤسساتكم وذلك قصد انجاز مذكرة

دكتوراه المسومة ب : التربية الصحية و دورها في تغيير و تعديل سلوكها الخطر و

نشر الوعي الصحي لدى المراهقين .

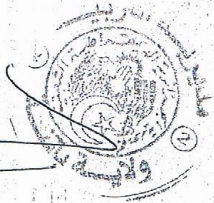
على أن تمتد مدته إلى غاية نهاية المهمة.

باتنة في : 2013/12/18

ع/مدير التربية

الأمين العام

م. محمد اللاوي



الملحق رقم (3) استمارة مجالات التربية الصحية خاصة بالتلاميذ

استبيان لاستطلاع رأي المراهقين (تلاميذ السنة الثالثة متوسط) حول المواضيع الصحية التي تهمهم دراستها والتعرف عليها في المنهاج المدرسي والتي يجب التركيز عليها في الدراسة:

غير مهمة %	مهمة			المواضيع الصحية	
	بدرجة قليلة %	بدرجة متوسطة %	بدرجة عالية %		
1	4	15	80	التغذية	1
27	16	12	45	النظافة الشخصية	2
2	12	9	77	النشاط البدني	3
36	17	15	32	التربية الجنسية	4
20	20	13	47	التبغ والتدخين	5
11	17	27	45	المخدرات	6
33	27	25	18	النوم	7
28	15	38	19	الصحة النفسية	8
30	33	25	12	السلامة المرورية	9
22	27	39	12	الأمراض والوقاية منها	10
12	45	28	15	صحة البيئة	11
41	37	15	07	الإسعافات الأولية	12
63	13	19	05	صحة المستهلك	13
				أمور أخرى ترى إضافتها وهي :	
				
				
				
				
				

الملحق رقم (4) استمارة مجالات التربية الصحية خاصة بالأساتذة وأطباء
الصحة المدرسية

استبيان لاستطلاع رأي الخبراء (أطباء الصحة المدرسية وأساتذة مادة العلوم الطبيعية)
لتحديد أهم المواضيع الصحية التي يجب التركيز عليها في الدراسة:

غير مهمة %	مهمة			المواضيع الصحية	
	بدرجة قليلة %	بدرجة متوسطة %	بدرجة عالية %		
1	11	12	76	التغذية	1
15	14	46	25	النظافة الشخصية	2
1	12	22	65	النشاط البدني	3
26	18	29	27	التربية الجنسية	4
2	18	23	57	التبغ والتدخين	5
15	23	27	35	المخدرات	6
56	12	18	14	النوم	7
47	19	22	12	الصحة النفسية	8
21	17	37	25	السلامة المرورية	9
41	12	23	24	الأمراض والوقاية منها	10
42	29	17	12	صحة البيئة	11
39	25	14	22	الإسعافات الأولية	12
				أمور أخرى ترى إضافتها وهي :	
				
				
				
				
				

الملحق رقم (5) قائمة بأسماء الخبراء المحكمين للمقاييس ودرجاتهم العلمية

الاسم	الدرجة العلمية	مكان العمل
جباري نور الدين	أستاذ تعليم عالي	جامعة باتنة 1
حدة يوسف	أستاذ محاضر	جامعة باتنة 1
هلايلي بسمينة	أستاذ محاضر	جامعة باتنة 1
خالد عبد السلام	أستاذ محاضر	جامعة سطيف 2
بن غذفة شريفة	أستاذ محاضر	جامعة سطيف 2
أحمد حسينة	أستاذ مساعد ومفتشة سابقة بخبرة 20 سنة بمديرية التربية سطيف	جامعة سطيف 2
وحيدة سايل	أستاذ محاضر	جامعة الجزائر 2
الأستاذ الدكتور صالح محمد صالح	أستاذ تعليم عالي	كلية التربية بالعريش - جامعة قناة السويس - مصر
مصطفى عشوي	أستاذ تعليم عالي	نائب مدير الجامعة العربية المفتوحة لشؤون البحث والتخطيط والتطوير
سامر جميل رضوان	أستاذ تعليم عالي	جامعة نزوى سلطنة عمان

الملحق رقم(6) مقياس سلوكيات الخطر في صورته النهائية

من إعداد الباحثة القص صليحة

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

بين يديك مقياس يتضمن عبارات تتعلق بمواقف صحية مختلفة ، أرجو منك قراءة العبارات وتحديد

موقفك من كل عبارة ، لكل عبارة وضعت خمس استجابات هي :دائماً،غالباً،أحياناً،نادراً،أبداً.

اقرأ العبارات بدقة وتأنى وضع علامة في الخانة التي تتوافق مع رأيك وتعبر عن موقفك علماً أنه لا

توجد إجابة صحيحة أو خاطئة لأي منها.

ملاحظة: الرجاء عدم وضع أكثر من علامة أمام كل عبارة.

مع خالص الشكر والتقدير على التعاون

الاسم واللقب:

الفوج:

السلوك الصحي الغذائي					دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	ابدا
1- اغسل يداي بانتظام قبل تناول الأكل									
2- اشرب الحليب بانتظام									
3- أتناول الطعام وأنا واقف									
4- احرص على تناول وجبات مكونة من الخضراوات باستمرار									
5- اراعي في وجباتي القيم الغذائية الصحية									
6- احرص على تناول كمية كافية من الماء في اليوم									
7- اهتم بالاطلاع على مكونات الاطعمة الغذائية قبل شرائها									
8- امضغ الطعام جيدا قبل بلعه									
9- أتناول الطعام بسرعة كي ألتحق بالمدرسة									
10- أحرص على تناول وجبة الإفطار يوميا									
11- اشرب عصير الفواكه بانتظام									
12- احرص على تناول وجبات مكونة من الحبوب باستمرار									
13- أكل الوجبات السريعة خارج البيت									
14- احرص على تناول الفواكه									
15- اتناول المشروبات الغنية بالكافيين (قهوة،شاي، كوكاكولا)									
16- اتجنب المواد الغذائية المحتوية على الملونات									
17- اتناول الطعام الطازج									
18- التزم بمواعيد الوجبات الاساسية									
19- أتناول الطعام امام التلفاز									
20- افضل المشروبات الغازية									
21- أقلل من الأطعمة الغنية بالزيوت والدهون الحيوانية									
22- أتجنب المواد الغذائية المحتوية على المواد الحافظة									
السلوك الصحي الرياضي					دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	ابدا
23- اهتم بالمحافظة على حصة التريية البدنية									

					24- اشراك في النشاطات الرياضية التي تنظمها المدرسة
					25- انا منخرط في نوادي رياضية
					26- اذهب إلى المدرسة مشيا على الأقدام
					27- امارس الرياضة كالجري او كرة القدم او غيرها
					28- احاول المحافظة على وزن مناسب
					29- امارس الرياضة في الاماكن المخصصة لها
					30- اخصص اسبوعيا وقتا لممارسة الرياضة
					31- أساهم في أنشطة متوسطة الجهد تسبب زيادة طفيفة في التنفس ونبضات القلب مثل (المشي السريع حمل أشياء خفيفة الوزن) لمدة عشر دقائق على الأقل
					32- اقوم بتمارين تنفسية للتخلص من التوتر
					33- امارس الرياضة للحفاظ على القوام المعتدل
					34- أفضل الأنشطة الرياضية التي تمارس بغرض الصحة
					35- اشترك في منافسات رياضية خارج اطار المدرسة
					36- اتفادى حمل الاشياء الثقيلة التي تفوق قدرتي
					37- افضل الحصول على وصفة طبية لاعفائي من حصة التربية البدنية
					38- استعمل الحاسوب اكثر من ثلاث ساعات يوميا
					39- امارس الرياضة للقضاء على وقت الفراغ
					40- امشي 30 دقيقة يوميا على الاقل
					41- أعتبر ممارسة التمرينات الرياضية اليومية ذات أهمية كبرى لمقاومة الأمراض
					42- اشاهد التلفاز اكثر من ثلاث ساعات يوميا

الملحق رقم (7) مقياس الوعي الصحي في صورته النهائية

من إعداد الباحثة القص صليحة

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

تقوم الباحثة بدراسة حول الوعي الصحي لدى تلاميذ السنة الثالثة من التعليم المتوسط، لذا ترجو منك قراءة العبارات التالية والإجابة عليها، وذلك بوضع علامة (x) أمام الاستجابة التي تناسبك. علماً أنه لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة لأي منها.

ملاحظة: الرجاء عدم وضع أكثر من علامة أمام كل عبارة.

مع خالص الشكر والتقدير على التعاون

الاسم واللقب:

الفوج:

غير موافق بشدة	غير موافق	غير متأكد	أوافق	أوافق بشدة	الوعي الغذائي
					1- تناول الإفطار مهم بالنسبة للصحة والنشاط
					2- شراء الأغذية من الباعة الجوالين قد يعرض الشخص للإصابة بالأمراض المختلفة
					3- الفاكهة ضرورية لنمو الجسم.
					4- الملونات الصناعية في الطعام تسبب الأذى
					5- تناول الحلويات بين الوجبات الرئيسية يقود إلى السمنة
					6- البروتينات والحبوب ضرورية للجسم
					7- تناول الماء بكثرة يحافظ على توازن الجسم
					8- تناول الكثير من الطعام في وجبة العشاء يسبب الخمول و التوعك
					9- تناول المشروبات الغازية مؤذ للجسم
					10- يسبب سوء التغذية نقص الوزن.
					11- يسبب سوء التغذية البدانة
					12- يؤدي نقص فيتامين د إلى الإصابة بالكساح.
					13- تمد مشتقات الحليب الجسم بالكالسيوم.
					14- تساعد الألياف في التخلص من الإمساك.
					15- أعتقد أنّ الغذاء مرتبط بصحتنا
					16- يجب غسل الخضر والفواكه قبل تناولها
					17- يجب ملاحظة مدة صلاحية الأطعمة المحفوظة
					18- المواد المعلبة خطيرة على الصحة

غير موافق بشدة	غير موافق	غير متأكد	وافق	وافق بشدة	الوعي الرياضي
					19- المشي لمسافات طويلة ينشط الدورة الدموية.
					20- يجب الابتعاد عن ممارسة النشاط الرياضي إذا كان الشخص مريضاً.
					21- الكشف الطبي ضروري قبل الانتماء لأي نادي رياضي.
					22- تجعلني الأنشطة الرياضية أكثر سعادة.
					23- حركات تسخين الجسم مهمة قبل أي نشاط رياضي.
					24- تساهم الرياضة في التحصيل الدراسي.
					25- تساهم الرياضة في إنقاص الوزن الزائد.
					26- للرياضة تأثير إيجابي على القوام غير المعتدل.
					27- تساهم ممارسة الرياضة في أداء الجسم لوظائفه.
					28- يجب تخصيص وقت لأداء التمارين الرياضية.
					29- وجود حقيبة الإسعافات الأولية ضروري قرب مكان ممارسة الرياضة.
					30- تساعد الألعاب الجماعية على التفاعل بين زملاء.
					31- يجب أن يتناسب الحمل البدني مع قدرات الفرد.
					32- تساهم الرياضة في تقويم سلوك الفرد.
					33- اتخذ الأوضاع الصحية في الجلوس والوقوف والمشي ضروري لسلامة العمود الفقري .
					34- تساهم التمارين الرياضية في تنمية التركيز.
					35- اعتقد أنه من الأهمية القصوى ممارسة الأنشطة الرياضية التي لها فائدة كبرى بالنسبة للصحة

الملحق رقم (8) عقد الميثاق

أتعهد أنا الموقعة أدناه بأن أكون ملتزمة بحضور كل حصص البرنامج والاستعانة بكافة الإمكانيات المتوفرة للحصول على أفضل ما يقدمه البرنامج بجميع أهدافه، وأن :

- التزم بحضور كل حصص البرنامج.
- استغل وقتي في هذا البرنامج لتحقيق هذه الأهداف عن طريق المشاركة الفعالة.
- أتحمل مسؤولية تعليمي ولا أنتظر الآخرين لمساعدتي أو تحفيزي على التعلم .
- أتعاون مع زميلاتي على تحقيق أفضل التعلم و استمع إليهم باحترام وأتعاون معهم في تحقيق أهداف البرنامج.
- تأدية الواجبات المطلوبة.
- أفكر بالأشياء التي أتدرب عليها، وأحاول تطبيقها ما استطعت.
- المحافظة على السرية لما يدور في الجلسات.

التوقيع

الاسم واللقب:

الملحق رقم (9) الخبراء الذين ساهموا في تحكيم البرنامج

الاسم	الدرجة العلمية	مكان العمل
جباري نورالدين	أستاذ تعليم عالي	جامعة باتنة 1
جابر نصر الدين	أستاذ تعليم عالي	جامعة بسكرة
بن غذفة شريفة	أستاذ محاضر	جامعة سطيف 2
شيحة لزه	أستاذ تعليم متوسط مادة التربية العلمية	متوسطة بن كرامة احمد عين التوتة باتنة
بلخيري شريفة	أستاذة تعليم متوسط مادة التربية العلمية	متوسطة بن كرامة احمد عين التوتة باتنة
دلاندة حليلة	أستاذة تعليم متوسط مادة التربية العلمية	متوسطة بن كرامة احمد عين التوتة باتنة
بن محمد صبرينة	أستاذة تعليم متوسط مادة التربية العلمية	متوسطة علي سيود عين التوتة باتنة
جغابة فضيلة	أستاذة تعليم متوسط مادة التربية العلمية	متوسطة علي سيود عين التوتة باتنة

الملحق رقم (10) يوضح استمارة تقييم البرنامج من طرف الخبراء

اولا: البرنامج			
الاقتراحات والملاحظات	غير مناسب	مناسب	
			عنوان البرنامج
			مدة البرنامج
			ملاءمة عدد الجلسات
			مدى ملاءمة ترتيب الجلسات
			مدى ملاءمة الأنشطة والأساليب المستخدمة
			ارتباط محتوى البرنامج بأهداف البرنامج
			استمارة تقييم افراد العينة للبرنامج
الاقتراحات والملاحظات	غير مناسب	مناسب	ثانيا: الحصص
			الحصّة 1
			الحصّة 2
			الحصّة 3
			الحصّة 4
			الحصّة 5
			الحصّة 6
			الحصّة 7
			الحصّة 8
			الحصّة 9
			الحصّة 10
			الحصّة 11
			الحصّة 12
			الحصّة 13
			الحصّة 14
			الحصّة 15
			الحصّة 16
			الحصّة 17
			الحصّة 18
			الحصّة 19
			الحصّة 20
			الحصّة 21
			الحصّة 22
			الحصّة 23

استمارة المستوى الاجتماعي الاقتصادي والثقافي للأسرة

إعداد : أ. د. بشير معمرية

الاسم واللقب (اختياري) العمر الجنس
المستوى الدراسي المهنة

تعليمات الإجراء

ملاحظة : (تعليمات الإجراء تتغير تبعا للهدف من البحث وموضوعه).

تحتوي الأوراق التالية على بعض الأسئلة والعبارات التي تدور حول الوضع الاجتماعي الاقتصادي والثقافي لأسرتك، ونحن نريد معرفتها من أجل استعمالها في البحث الذي نقوم به. اقرأ كل سؤال أو عبارة جيدا، وأجب حسب الوضع الاجتماعي الاقتصادي والثقافي لأسرتك بالضبط، وكلما أجبت بصدق وجدية، فإنك ستساهم في إنجاح هذا البحث. وطريقة الإجابة هي أن تضع علامة x أمام الإجابة أو الاختيار الذي يتفق مع وضعية أسرتك. أجب عن كل الأسئلة والعبارات ولا تترك أي منها دون إجابة. تأكد بأن المعلومات التي تدلي بها في هذه الاستمارة، لن يطلع عليها أحد، وتستعمل فقط في مجال البحث العلمي. وشكرا على تعاونك.

الباحث

أولاً : مستوى المهنة أو الوظيفة

- (1) وظيفة أو مهنة الأب. ما هي وظيفة الأب أو ماذا يعمل حالياً وإذا كان متوفياً، أو أُحيل على التقاعد أو توقف عن العمل أذكر آخر وظيفة له
- (2) وظيفة أو مهنة الأم. ما هي وظيفة الأم أو ماذا تعمل حالياً وإذا كانت متوفية، أو أُحيلت على التقاعد أو توقفت عن العمل أذكر آخر وظيفة لها

ثانياً : الدخل والحالة الاقتصادية للأسرة

(1) الراتب الشهري من المهنة أو الوظيفة أو التقاعد.

أ) الراتب الشهري للأب.

اذكر الراتب الشهري للأب، وذلك بوضع علامة X بين القوسين أمام المبلغ الصحيح.

- 1 – لا شيء. (.....)
- 2 – بين 15000 – 20000 د.ج. (.....)
- 3 – بين 21000 – 25000 د.ج. (.....)
- 4 – بين 26000 – 30000 د.ج. (.....)
- 5 – بين 31000 – 35000 د.ج. (.....)
- 6 – بين 36000 – 40000 د.ج. (.....)
- 7 – بين 45000 – فأكثر (.....)

ب) الراتب الشهري للأم.

اذكر الراتب الشهري للأم، وذلك بوضع علامة X بين القوسين أمام المبلغ الصحيح.

- 1 – لا شيء. (.....)
- 2 – بين 15000 – 20000 د.ج. (.....)
- 3 – بين 21000 – 25000 د.ج. (.....)
- 4 – بين 26000 – 30000 د.ج. (.....)
- 5 – بين 31000 – 35000 د.ج. (.....)
- 6 – بين 36000 – 40000 د.ج. (.....)
- 7 – 45000 – فأكثر (.....)

(2) الدخل الشهري للأسرة من مصادر أخرى.

أ) الدخل الشهري للأب.

اذكر الدخل الشهري للأب من مصادر أخرى، كالتجارة، إيجار أراضي أو مباني أو سيارات، مصانع إنتاج، رواتب الأبناء المقيمين مع الأسرة، ومنح مختلفة وغيرها.

- 1 – لا شيء. (.....)
- 2 – بين 20000 – 40000 د.ج. (.....)
- 3 – بين 50000 – 70000 د.ج. (.....)
- 4 – بين 80000 – 100000 د.ج. (.....)

- 5 – بين 110000 – 130000 د.ج. (.....)
 6 – بين 140000 – 160000 د. ج (.....)
 7 – أكثر من 160000 د. ج (.....)

ب) الدخل الشهري للألم.

اذكر الدخل الشهري للألم من مصادر أخرى، كالتجارة، إيجار أراضي أو مباني أو سيارات، مصانع إنتاج، رواتب الأبناء المقيمين مع الأسرة، ومنح مختلفة وغيرها.

- 1 – لا شيء. (.....)
 2 – بين 20000 – 40000 د.ج. (.....)
 3 – بين 50000 – 70000 د.ج. (.....)
 4 – بين 80000 – 100000 د.ج. (.....)
 5 – بين 110000 – 130000 د.ج. (.....)
 6 – بين 140000 – 160000 د. ج (.....)
 7 – أكثر من 160000 د. ج (.....)

ثالثا : الممتلكات المادية الخاصة بالأسرة

1) الممتلكات المادية الإنتاجية للأسرة التي تدر دخلا شهرا أو سنويا.
أ) العقارات.

اذكر عدد العقارات التي تملكها الأسرة التي تعيش معها، وذلك بوضع علامة x بين القوسين أمام العدد الحقيقي للعقارات.

أ) البناءات (غير التي يسكنها).

- 1 – لا شيء (.....).
 2 – بناء واحد. (.....).
 3 – بناءان. (.....).
 4 – ثلاثة بناءات. (.....).
 5 – أكثر من ثلاثة بناءات. (.....).

ب) الأراضي الزراعية (حبوب).

- 1 – لا شيء (.....).
 2 – من 01 هكتار إلى 05 هكتارات (.....).
 3 – من 06 إلى 10 هكتارات (.....).
 4 – من 11 إلى 15 هكتارا (.....).
 5 – من 16 إلى 20 هكتارا (.....).
 6 – أكثر من 20 هكتارا (.....).

ج) الأراضي الزراعية (أثمار وخضراوات).

- 1 – لا شيء (.....).
 2 – من 01 هكتار إلى 03 هكتارات (.....).

- 3 – من 04 إلى 06 هكتارات (.....).
 4 – من 07 إلى 09 هكتارا (.....).
 5 – من 10 إلى 12 هكتارا (.....).
 6 – أكثر من 12 هكتارا (.....).

(2) الحيوانات.

(أ) الأبقار.

اذكر عدد الأبقار التي تملكها الأسرة التي تعيش معها، وذلك بوضع علامة X بين القوسين أمام العدد الحقيقي للأبقار.

- 1 – لا شيء (.....).
 2 – من 01 إلى 03 بقرات (.....).
 3 – من 04 إلى 06 بقرات (.....).
 4 – من 07 إلى 09 بقرة (.....).
 5 – من 10 إلى 12 بقرة (.....).
 6 – أكثر من 12 بقرة (.....).

(ب) الأغنام.

اذكر عدد الأغنام التي تملكها الأسرة التي تعيش معها، وذلك بوضع علامة X بين القوسين أمام العدد الحقيقي للأغنام.

- 1 – لا شيء (.....).
 2 – من 01 إلى 05 نعاج (.....).
 3 – من 06 إلى 10 نعاج (.....).
 4 – من 11 إلى 15 نعجة (.....).
 5 – من 16 إلى 20 نعجة (.....).
 6 – أكثر من 20 نعجة (.....).

(ج) الماعز.

اذكر عدد الماعز التي تملكها الأسرة التي تعيش معها، وذلك بوضع علامة X بين القوسين أمام العدد الحقيقي للماعز.

- 1 – لا شيء (.....).
 2 – من 01 إلى 05 عنزات (.....).
 3 – من 06 إلى 10 عنزات (.....).
 4 – من 11 إلى 15 عنزة (.....).
 5 – من 16 إلى 20 عنزة (.....).
 6 – أكثر من 20 عنزة (.....).

(د) الإبل.

اذكر عدد الإبل التي تملكها الأسرة التي تعيش معها، وذلك بوضع علامة X بين القوسين أمام العدد الحقيقي للإبل.

- 1 – لا شيء (.....)
- 2 – من 01 إلى 05 جمال ونوق (.....)
- 3 – من 06 إلى 10 جمال ونوق (.....)
- 4 – من 11 إلى 15 جملا وناقة (.....)
- 5 – من 16 إلى 20 جملا وناقة (.....)
- 6 – أكثر من 20 جملا وناقة (.....)

هـ) الدواجن.

اذكر عدد الدواجن التي تملكها الأسرة التي تعيش معها، وذلك بوضع علامة X بين القوسين أمام العدد الحقيقي للدواجن (الدجاج والبيض والأرانب). يحسب دخلها المادي بالدينار الجزائري كل نصف سنة.

- 1 – لا شيء (.....)
- 2 – بين 20000 إلى 40000 د. ج (.....)
- 3 – بين 50000 إلى 80000 د. ج (.....)
- 4 – بين 90000 إلى 130000 د. ج (.....)
- 5 – بين 140000 إلى 200000 د. ج (.....)
- 6 – أكثر من 200000 د. ج (.....)

2) الممتلكات المادية الاستهلاكية للأسرة كمؤشر على مكانتها الاجتماعية

والاقتصادية.

أ) السيارات.

اذكر عدد السيارات التي تملكها الأسرة التي تعيش معها، وذلك بوضع علامة X بين القوسين أمام العدد الحقيقي للسيارات.

- 1 – لا شيء (.....)
- 2 – سيارة واحدة (.....)
- 3 – سيارتان (.....)
- 4 – ثلاث سيارات (.....)
- 5 – أكثر من ثلاث سيارات (.....)

ب) أجهزة التلفزيون.

اذكر عدد أجهزة التلفزيون التي تملكها الأسرة التي تعيش معها، وذلك بوضع علامة X بين القوسين أمام العدد الحقيقي لأجهزة التلفزيون.

- 1 – لا شيء (.....)
- 2 – يوجد جهاز واحد (.....)
- 3 – يوجد جهازان (.....)
- 4 – يوجد ثلاثة أجهزة (.....)
- 5 – يوجد أكثر من ثلاثة أجهزة (.....)

ج) أجهزة الإعلام الآلي.

اذكر عدد أجهزة التلفزيون التي تملكها الأسرة التي تعيش معها، وذلك بوضع علامة X بين القوسين أمام العدد الحقيقي لأجهزة التلفزيون.

- 1 – لا شيء (.....)
- 2 – يوجد جهاز واحد (.....)
- 3 – يوجد جهازان (.....)
- 4 – يوجد ثلاثة أجهزة (.....)
- 5 – يوجد أكثر من ثلاثة أجهزة (.....)

د) أجهزة الفيديو.

اذكر عدد أجهزة الفيديو التي تملكها الأسرة التي تعيش معها، وذلك بوضع علامة X بين القوسين أمام العدد الحقيقي لأجهزة الفيديو.

- 1 – لا شيء (.....)
- 2 – يوجد جهاز واحد (.....)
- 3 – يوجد جهازان (.....)
- 4 – يوجد ثلاثة أجهزة (.....)
- 5 – يوجد أكثر من ثلاثة أجهزة (.....)

هـ) أجهزة منزلية.

هل توجد الأدوات التالية لدى أسرتك التي تعيش معها ؟

- 1 – غسالة ملابس. نعم (.....) لا (.....)
- 2 – غسالة أواني الأكل. نعم (.....) لا (.....)
- 3 – مكنسة كهربائية. نعم (.....) لا (.....)
- 4 – مكيفات. نعم (.....) لا (.....)
- 5 – تدفئة مركزية. نعم (.....) لا (.....)
- 6 – كاميرا فيديو. نعم (.....) لا (.....)
- 7 – أجهزة ألعاب إلكترونية. نعم (.....) لا (.....)
- 8 – تحف ثمينة. نعم (.....) لا (.....)

و) الانترنت.

هل تسدد الأسرة باستمرار حقوق الاشتراك في شبكة المعلومات الدولية (Internet) ؟
نعم (.....) لا (.....)

ز) خدم في البيت.

هل يوجد خدم في بيت الأسرة التي تعيش معها (طباخون، ومنظفو المنزل، ومربو أطفال، ومتعهدو حدائق وغيره) ؟

- 1 – لا شيء (.....)
- 2 – يوجد خادم واحد (.....)
- 3 – يوجد خادمان (.....)
- 4 – يوجد ثلاثة خدم (.....)
- 5 – يوجد أكثر من ثلاثة خدم (.....)

ح) سائق خاص للأسرة.
هل يوجد سائق سيارة خاص للأسرة التي تعيش معها؟ نعم (.....) لا (.....).

ط) حوض سباحة.
هل يوجد حوض سباحة خاص للأسرة التي تعيش معها؟ نعم (.....) لا (.....).

رابعاً : مستوى الحي السكني ونوع السكن وحجم الأسرة

1) مستوى الحي السكني.

اذكر مستوى الحي السكني الذي تقطن فيه أسرته التي تعيش معها، وذلك بوضع علامة X بين القوسين أمام العبارة الصحيحة.

- 4 – مستوى الحي السكني راق جداً (.....).
- 3 – مستوى الحي السكني راق (.....).
- 2 – مستوى الحي السكني راق بدرجة متوسطة (.....).
- 1 – مستوى الحي السكني راق بدرجة أقل من المتوسط (.....).
- 0 – مستوى الحي السكني غير راق تماماً (.....).

2) نوع السكن.

اذكر نوع السكن الذي تقطنه أسرته التي تعيش معها، وذلك بوضع علامة X بين القوسين أمام العبارة الصحيحة.

- 4 – السكن في فيلا (.....).
- 3 – السكن في منزل ملك للأسرة (.....).
- 2 – السكن في شقة في عمارة (.....).
- 1 – السكن في شقة مع أقارب (.....).
- 0 – السكن في منزل بالإيجار (.....).

3) عدد حجرات السكن.

اذكر عدد الحجرات بالسكن الذي تقطنه الأسرة التي تعيش فيها، وذلك بوضع علامة X بين القوسين أمام العدد الحقيقي للحجرات.

- 1 – من 02 إلى 03 حجرات (.....).
- 2 – من 04 إلى 06 حجرات (.....).
- 3 – من 07 إلى 09 حجرات (.....).
- 4 – أكثر من 09 حجرات (.....).

4) عدد أفراد الأسرة.

اذكر عدد أفراد أسرته الذين يعيشون معك في نفس السكن، وذلك بوضع علامة X بين القوسين أمام العدد الحقيقي للأفراد.

- 4 – من 02 إلى 03 أفراد (.....).
- 3 – من 04 إلى 06 أفراد (.....).
- 2 – من 07 إلى 09 أفراد (.....).

1 – أكثر من 09 أفراد (.....).

خامسا : المستوى التعليمي للوالدين

1) مستوى تعليم الأب.

اذكر مستوى تعليم الأب، وذلك بوضع علامة X بين القوسين أمام المستوى التعليمي الحقيقي.

- 1 – أمي (.....).
- 2 – يقرأ ويكتب (.....).
- 3 – مستوى ابتدائي (.....).
- 4 – مستوى متوسط (.....).
- 5 – مستوى ثانوي (.....).
- 6 – مستوى جامعي (.....).

2) مستوى تعليم الأم.

اذكر مستوى تعليم الأم، وذلك بوضع علامة X بين القوسين أمام المستوى التعليمي الحقيقي.

- 1 – أمية (.....).
- 2 – تقرأ وتكتب (.....).
- 3 – مستوى ابتدائي (.....).
- 4 – مستوى متوسط (.....).
- 5 – مستوى ثانوي (.....).
- 6 – مستوى جامعي (.....).

سادسا : الممتلكات الثقافية الخاصة بالأسرة

1) الجرائد.

- 1 – هل تشتري أسرتك جرائد ؟ نعم (.....) لا (.....).
- 2) إذا كانت الإجابة نعم، فكم عدد الجرائد التي تشتريها الأسرة ؟
 - جريدة واحدة (.....).
 - جريدتان (.....).
 - أكثر من جريدين (.....).

2) المجلات.

- 1 – هل تشتري أسرتك مجلات ؟ نعم (.....) لا (.....).
- 2) إذا كانت الإجابة نعم، فكم عدد المجلات التي تشتريها الأسرة ؟
 - مجلة واحدة (.....).
 - مجلتان (.....).
 - أكثر من مجلتين (.....).

3) الكتب (غير المدرسية).

- 1 – هل تملك الأسرة مكتبة في المنزل ؟ نعم (.....) لا (.....).

2 – إذا كانت الإجابة نعم، اذكر عدد الكتب التي تملكها الأسرة، وذلك بوضع علامة X بين القوسين أمام العدد الحقيقي للكتب.

- 1 – من 01 إلى 10 كتب (.....).
- 2 – من 11 كتابا إلى 30 كتابا (.....).
- 3 – من 31 كتابا إلى 50 كتابا (.....).
- 4 – من 51 كتابا إلى 100 كتاب (.....).
- 5 – أكثر من 100 كتاب (.....).

(4) إتقان اللغات الأجنبية.

كم من لغة أجنبية يجيدها أفراد الأسرة ؟

- 1 – لا شيء (.....).
- 2 – لغة واحدة (.....).
- 3 – لغتان (.....).
- 4 – ثلاث لغات (.....).
- 5 – أكثر من ثلاث لغات (.....).

سابعاً : قضاء أوقات الفراغ والعطلات

(1) هل يقضي أفراد أسرتك وقت فراغهم في ممارسة الأنشطة الثقافية ؟
نعم (.....) لا (.....).

2 – إذا كانت الإجابة نعم، اذكر الأنشطة الثقافية التي يفضلون قضاء أوقات فراغهم في ممارستها، وذلك بوضع علامة X بين القوسين أمام الأنشطة الثقافية التي يمارسونها فعلاً.

(1) في المشاهدة.

- 1 – أداء ألعاب مسلية (.....).
- 2 – مشاهدة الفيديو (.....).
- 3 – مشاهدة التلفزيون (.....).

(2) في القراءة.

- 1 – قراءة القصص والروايات (.....).
- 2 – قصص كتب أخرى (.....).
- 3 – قراءة الجرائد (.....).
- 4 – قراءة المجالات (.....).

(3) في المناقشات.

- 1 – مناقشة قضايا اجتماعية (.....).
- 2 – مناقشة قضايا ثقافية (.....).
- 3 – مناقشة برامج التلفزيون (.....).

4) قضاء العطلات.

- اذكر أين تقضي أسرتك التي تعيش فيها أيام العطل السنوية.
- 1) في مكان الإقامة السكنية للأسرة التي تقيم معها (.....).
 - 2) داخل نفس الولاية التي تقطن فيها الأسرة التي تقيم معها (.....).
 - 3) داخل الوطن (.....).
 - 4) خارج الوطن (.....).

تعليمات للفاحص أو لمستعمل الاستمارة

إعداد : أ. د. بشير معمريّة

هناك ست تعليمات ينبغي قراءتها.

التعليمة الأولى.

لقد صممت هذه الاستمارة منذ حوالي 12 سنة، حين كانت الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية والثقافية للمجتمع الجزائري في مستويات معينة، ولكن هذه الأوضاع تغيرت وصارت الآن في مستويات أخرى، كما تطورت كما ونوعا، وتبعاً لذلك أجريت تعديلات على الاستمارة، حتى تواكب نسبياً التغيرات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية للمجتمع الجزائري. وصارت تتكون من سبعة أبعاد كما هو مبين فيما يلي.

البعد الأول : مستوى المهنة أو الوظيفة

- 1) وظيفة أو مهنة الأب.
- 2) وظيفة أو مهنة الأم.

البعد الثاني : الدخل والحالة الاقتصادية للأسرة

- 1) الراتب الشهري من المهنة أو الوظيفة أو التقاعد.
 - أ) الراتب الشهري للأب.
 - ب) الراتب الشهري للأم.

- 2) الدخل الشهري للأسرة من مصادر أخرى.
 - أ) الدخل الشهري للأب.
 - ب) الدخل الشهري للأم.

البعد الثالث : الممتلكات المادية الخاصة بالأسرة

- 1) الممتلكات المادية الإنتاجية للأسرة التي تدر دخلاً شهراً أو سنوياً.
 - أ) العقارات.
 - أ) البناءات (غير التي يسكنها).
 - ب) الأراضي الزراعية (حبوب).
 - ج) الأراضي الزراعية (أثمار وخضراوات).

2) الحيوانات.

- أ) الأبقار.
- ب) الأغنام.
- ج) الماعز.
- د) الإبل.
- هـ) الدواجن.

2) الممتلكات المادية الاستهلاكية للأسرة كمؤشر على مكانتها الاجتماعية والاقتصادية.

- أ) السيارات.
- ب) أجهزة التلفزيون.
- ج) أجهزة الإعلام الآلي.
- د) أجهزة الفيديو.
- هـ) أجهزة منزلية.
- و) الانترنت.
- ز) خدم في البيت.
- ح) سائق خاص للأسرة.
- ط) حوض سباحة.

البعد الرابع : مستوى الحي السكني ونوع السكن وحجم الأسرة

- 1) مستوى الحي السكني.
- 2) نوع السكن.
- 3) عدد حجرات السكن.
- 4) عدد أفراد الأسرة.

البعد الخامس : المستوى التعليمي للوالدين

- 1) مستوى تعليم الأب.
- 2) مستوى تعليم الأم.

البعد السادس : الممتلكات الثقافية الخاصة بالأسرة

- 1) الجرائد.
- 2) المجلات.
- 3) الكتب (غير المدرسية).
- 4) إتقان اللغات الأجنبية.

البعد السابع : قضاء أوقات الفراغ والعطلات

- 1) في المشاهدة.
- 2) في القراءة.
- 3) في المناقشات.
- 4) قضاء العطلات.

والاستمارة مفتوحة أمام الزملاء والزميلات الأفاضل، للتطوير والتعديل سواء في عدد الأبعاد الأساسية أو في مضامينها الفرعية، لتواكب التغيرات التي حدثت، اجتماعيا واقتصاديا وثقافيا، في المجتمع الجزائري، في الحضر وفي الريف وفي السهوب وفي الصحراء.

التعلیمة الثانية.

من الملاحظ أن كل الاستثمارات التي تناولت المستوى الاجتماعي/ الاقتصادي للأسرة، وكانت لي فرصة الاطلاع عليها، تناولت هذا المستوى في البيئة الحضرية (في المدينة)، وأهملت تناولها تماما في الريف، لذا أدخلت بندا آخر يتناول الممتلكات المادية الفلاحية للأسرة، يتعلق بالحيوانات والأراضي والمنتجات الفلاحية والزراعية، ذلك أن الكثير من الأسر الجزائرية، يتحدد دخلها وموردها الاقتصادي، كما تتحدد مكانتها الاجتماعية، مما تملكه من عقارات، وما يدره عليها نشاطها الفلاحي من دخل، سواء في الإنتاج النباتي أم الإنتاج الحيواني. كما قسمت الممتلكات المادية للأسرة إلى قسمين؛ ممتلكات مادية إنتاجية تدر دخلا، وممتلكات مادية استهلاكية كمؤشر للمكانة الاجتماعية/ الاقتصادية للأسرة.

التعلیمة الثالثة.

إن استعمال هذه الاستثمارة لأول مرة كان مع تلاميذ المدارس، وكان الهدف من البحث آنذاك، هو التعرف على دور المستوى الاجتماعي الاقتصادي والثقافي للأسرة، في تسرب أبنائها من التعليم. ولكن هذه الاستثمارة سوف تستعمل لأهداف أخرى، ولموضوعات أخرى، كالجنوح، أو التفوق، أو الطموح، أو الاختيارات الدراسية، أو الاضطرابات النفسية وغيرها. لذا، ينبغي تغيير تعليمات الإجراء، عندما يتغير هدف الدراسة وموضوعها. ولكن الأحسن أن تصاغ تعليمات محايدة، لا تشير إلى موضوع البحث أو هدفه.

التعلیمة الرابعة.

بالنسبة للبند الأول، في هذه الاستثمارة، المتعلق بوظيفة أو مهنة الأبوين، فإن الأمر هنا يحتاج إلى ذكر الوظائف والمهن التي يشغلها الأفراد في المجتمع الجزائري من الجنسين، ثم ترتيبها حسب أهميتها الاجتماعية والاقتصادية، وأعتقد أن هذا في الحقيقة ينبغي الحصول عليه من عدة مصادر؛ منها : القيام ببحث في هذا المجال بوضع قائمة من الوظائف والمهن التي تتوفر في المجتمع الجزائري، ثم تقديمها إلى عينات واسعة من الأفراد من الجنسين لترتيبها وفق أهميتها الاجتماعية والاقتصادية. وينبغي القيام بهذا العمل في إطار جهد مشترك بين المتخصصين في علم النفس، والمتخصصين في علم الاجتماع والاقتصاد، الذين يتناولون الطبقات الاجتماعية ومكانة المهن اجتماعيا واقتصاديا (الدخل)، مع الاستعانة بأربع جهات حكومية، هي : وزارة العمل، وزارة التكوين المهني، الوظيف العمومي، والضرائب. وهذا لم يتوفر لي في حينه، وللخروج من هذا المشكل، أقدم لكم تصنيفا وترتيباً للوظائف والمهن، وضعه، الدكتور/ عبد العزيز السيد الشخص، من كلية التربية جامعة عين شمس بالقاهرة، عام 1988. قام فيه بترتيب الوظائف والمهن في المجتمع المصري إلى تسع مستويات، أضعه هنا لتطلعوا عليه، ويمكن الاسترشاد به في وضع ترتيب وسلم للوظائف والمهن في المجتمع الجزائري، لأنه لا يوجد تطابق في العديد من الوظائف والمهن بين المجتمع الجزائري والمجتمع المصري، سواء في جانب تسمية الوظيفة أو المهنة، أم في جانب وجودها وعدم وجودها، أم في جانب مكانتها الاجتماعية والاقتصادية.

المستوى الأول.

عامل (عاملة) خدمة بالحكومة أو القطاع العام أو الخاص. بائع (بائعة) متجول. عامل شحن. موزع (موزعة) صحف يومية. عامل (عاملة) بمحل تجاري. ربة بيت غير مؤهلة. عامل بمحطة بنزين. بواب (بوابة). أعمال حرفية صغيرة (حلاق، خياط، طباعة، كهربائي، نجار، نسيج). وظائف كتابية بمؤهل أقل من المتوسط. عامل (عاملة) فني بالحكومة أو المصانع والشركات بالقطاعين العام والخاص. رجال مطافئ (عسكري، وكيل عريف، عريف، رقيب).

المستوى الثاني.

أعمال حرفية كبيرة كوافير (كوافيرة). خياط (خياطة). حلواني. سباك. خراط، صاحب (صاحبة) مطعم. سائق (سائقة) طاكسي. محصل بهيئة النقل العام (كمسري). ملاحظ (ملاحظة) بوزارة الصحة. تومرجي (تومرجية) بمستشفى. ربة بيت بمؤهل متوسط. دوكو سيارات.

المستوى الثالث.

موظفون (موظفات) بوظائف فنية متوسطة بالحكومة أو الشركات. مدرسو (مدرسات) المرحلة الابتدائية. وعاظ المساجد ومفتشوها. صغار التجار (فاكهاني، بقال، صاحب مقهى بلدي، خردواتي أو صاحب بوتيك صغير). حاجب محكمة. محضر محكمة. وكيل محامي. أمين مخزن. صراف (صرافة). وكيل (وكيلة) بريد. سائق قطار. ممرضات وحكيماط بالمستشفى. رجال الشرطة (رقيب أول، مساعد). ربة بيت بمؤهل فوق المتوسط وأقل من الجامعي. أعمال سكرتارية.

المستوى الرابع.

مهن حرة (ميكانيكي، كهربائي سيارات أو راديو وتلفزيون، مصوراتي....). وكلاء مدارس ابتدائية ونظارها، موجهو التعليم الابتدائي، مدرسو المرحلة الإعدادية، وكلاء إدارة الحكومة والقطاع العام أو الخاص. قدامى العاملين بالوظائف الكتابية والفنية المتوسطة. مساعد مهندس. رسام معماري. تاجر (تاجرة) شنطة. صغار الفنانين والفنانات. مدير أعمال بالسكة الحديدية ومساعدوه. رؤساء الأقسام بالسكة الحديدية. رؤساء الحركة بمؤسسة النقل العام. رؤساء محطات البنزين. وكيل منطقة السكة الحديدية. ملاحظ أو رئيس (رئيسة) عمال بالشركات والقطاع العام. متعهد صحف. ربة بيت بمؤهل جامعي.

المستوى الخامس.

موظفون (موظفات) يحملون مؤهل جامعي. موجهو التعليم الإعدادي ووكلاء المدارس الإعدادية. مدرسو المرحلة الثانوية والمدرسون الأوائل بالمرحلة الإعدادية. كبار أئمة المساجد والخطباء. المأذون الشرعي. رؤساء وحدات إدارية أو فنية صغيرة. متعهد أو صاحب محلات فراشة. خياط (خياطة). رئيس (رئيسة) خزينة. مفتش مساجد. أمناء السجل المدني، نجار. مدير مخزن. رئيسات التمرريض. رؤساء قطارات. رئيس سكرتارية المحاكم. صغار الضباط (ملازم، ملازم أول، نقيب). معيد أو مدرس مساعد بالجامعة. حملة المؤهلات العالية من رجال الكهنوت.

المستوى السادس.

المقاولون وكبار التجار (موبليات، سجاد، سيارات، اكسسوار، قطع غيار السيارات، تحف، لحوم، أقمشة، ورق). جواهرجي. مطبجي. صاحب جراج. كومسینوجي. صاحب طاكسيات. سمسار عقارات. مندوبو الشركات ووكلاؤها. نظار التعليم الإعدادي ومدرسو الثانوي الأوائل. مديرو الإدارات بالحكومة وشركات القطاعين العام والخاص. رؤساء الأقسام بالمصالح الحكومية والمصانع. الجيولوجيون. مراقبو الإدارات بالشركات. مفتشو التحقيقات. وكلاء المديرين. الأطباء البيطريون. الأطباء البشريون من ذوي الخبرة المتوسطة. رؤساء الحسابات. وكلاء المراقبات الحاسوبية والإدارية. المديرون المساعدون. مديرو شؤون الأفراد. الفنانون التشكيليون. المرشدون السياحيون. المصورون الصحفيون. نظار المدارس الثانوية ووكلاؤها. المهندسون. مأمورو الضرائب. مفتشو المحاكم والصحة والنيابة. كبار كتاب المحاكم. مديرو العلاقات العامة. المضيفون (المضيفات) الجويون. المحاسبون والمراجعون. المستشارون القانونيون. مديرو الشؤون القانونية. وكلاء الفروع بالقوات المسلحة. كبار الضباط (رائد، مقدم، عقيد). المحامون. الصيادلة. كبار الفنانين والفنانات.

المستوى السابع.

مديرو العموم بالحكومة والشركات. رجال الأعمال والعاملون بالتصدير والاستيراد. محامو مجلس الدولة. رؤساء مجالس المدن. رؤساء مكاتب الحركة بهيئة قناة السويس. المدرسون بالجامعة. أعضاء مجالس الإدارة بالشركات. المراقبون العامون. مفتشو الداخلية أو الري. مستشارو الشركات والمؤسسات. مديرو البنوك. المستشارون الطبيون للقوات المسلحة. مدير مطار القاهرة. مديرو الجمارك بالمطارات والمواني. القضاة ووكلاء النيابة من الفئة الممتازة.

المستوى الثامن.

ضباط عظام بالقوات المسلحة أو الشرطة (عميد، لواء). أستاذ مساعد بالجامعة. مستشارون مساعدون بالمحاكم الدستورية. أساتذة الجامعات. رجال القضاء (المحامون العامون، رؤساء المحاكم الابتدائية، رؤساء النيابة فئة أ). المستشارون بالمحكمة الدستورية العليا. رجال السلك الدبلوماسي (مندوب فوق العادة، وزير مفوض، قنصل عام). وظائف مجلس الدولة (مستشارون، مستشارون مساعدون). المستشارون بإدارة قضايا الحكومة.

المستوى التاسع.

وظائف الجامعات (نائب رئيس الجامعة، عميد كلية، وكيل كلية، رئيس قسم). وكلاء الوزارات. رؤساء مجالس الإدارة بالشركات. وظائف رجال القضاء (نواب رؤساء محاكم الاستئناف، المحامون العامون الأوائل، المستشارون بمحاكم النقض والاستئناف). وظائف المحكمة الدستورية العليا (المستشارون، رئيس هيئة مفوض). وظائف السلكين الدبلوماسي والقنصلي (سفير، سفير فوق العادة، مفوض). وكلاء مجلس الدولة. وكلاء الإدارة بالحكومة. الوكلاء العامون الأوائل بالنيابة الإدارية. رؤساء النيابة. رؤساء الجامعات. الوزراء ونواب رئيس الوزراء. المحافظون (الولاية).

التعليمية الخامسة.

لا تستعمل هذه الاستثمارة بكل بنودها في المناطق الاقتصادية، وخاصة في البعد الثالث. فالمناطق السكنية، حضرا وريفا وصحراء، تختلف في نوع الممتلكات المادية والموارد الاقتصادية، وعلى الباحث أن يختار من الاستثمارة البنود التي تصلح لقياس المستوى الاجتماعي/الاقتصادي في المنطقة التي يسعى يجري فيها البحث، التي تكون إما حضرا أو ريفا أو صحراء. وإذا كان هدف البحث هو الحصول على درجة المستوى الاجتماعي/الاقتصادي فقط، يمكنه حذف البنود التي تقيس المستوى الثقافي.

التعليمية السادسة.

أقدم لكم هذه الاستثمارة للاستعمال في مجال البحث النفسي والتربوي والاجتماعي، وكذلك للمناقشة والإثراء من الزملاء والزميلات الأفاضل.

طريقة تصحيح الإجابات على بنود الاستمارة وتقدير درجة المفحوص
1) طريقة تصحيح الإجابات على بنود الاستمارة.

أولا : مستوى المهنة أو الوظيفة

تمنح الدرجة حسب رقم المستوى؛ من 1 درجة إلى 9 درجات.
(تتراوح درجة الفرد في هذا البند من 1 – 9 درجات).

ثانيا : الدخل والحالة الاقتصادية للأسرة

1) الراتب الشهري من المهنة أو الوظيفة أو التقاعد.
(أ) الراتب الشهري للأب.

تمنح الدرجة حسب ترتيبها تصاعديا، بحيث ينال لا شيء صفرا، وتندرج إلى 7 درجات لأكبر راتب شهري.

(تتراوح درجة الفرد في هذا البند بين 0 – 7 درجات).
(أ) الراتب الشهري للأم.

تمنح الدرجة حسب ترتيبها تصاعديا، بحيث ينال لا شيء صفرا، وتندرج إلى 7 درجات لأكبر راتب شهري.

(تتراوح درجة الفرد في هذا البند بين 0 – 7 درجات).

2) الدخل الشهري للأسرة من مصادر أخرى.
(أ) الدخل الشهري للأب.

تمنح الدرجة حسب ترتيبها تصاعديا، بحيث ينال لا شيء صفرا، وتندرج إلى 7 درجات لأكبر دخل شهري.

(تتراوح درجة الفرد في هذا البند بين 0 – 7 درجات).
(ب) الدخل الشهري للأم.

تمنح الدرجة حسب ترتيبها تصاعديا، بحيث ينال لا شيء صفرا، وتندرج إلى 7 درجات لأكبر دخل شهري.

(تتراوح درجة الفرد في هذا البند بين 0 – 7 درجات).

ثالثا : بند الممتلكات المادية للأسرة

(أ) الممتلكات المادية الإنتاجية للأسرة التي تدر دخلا شهريا أو سنويا.
1 – بند العقارات.

(أ) البناءات.

تمنح الدرجة حسب ترتيبها تصاعديا، بحيث ينال لا شيء صفرا، وينال أكثر من ثلاث بناءات 4 درجات. (تتراوح درجة الفرد في هذا البند بين 0 – 4 درجات).

(ب) الأراضي الزراعية (حبوب).

تمنح الدرجة حسب ترتيبها تصاعديا، بحيث ينال لا شيء صفرا، وينال أكثر من 20 هكتارا 05 درجات. (تتراوح درجة الفرد في هذا البند بين 0 – 5 درجات).

ج) الأراضي الزراعية (أثمار وخضراوات).

تمنح الدرجة حسب ترتيبها تصاعديا، بحيث ينال لا شيء صفرا، وينال أكثر من 12 هكتارا 05 درجات. (تتراوح درجة الفرد في هذا البند بين 0 – 5 درجات).

2 – الحيوانات.

أ) الأبقار.

تمنح الدرجة حسب ترتيبها تصاعديا، بحيث ينال لا شيء صفرا، وينال أكثر من 12 بقرة 05 درجات. (تتراوح درجة الفرد في هذا البند بين 0 – 5 درجات).

ب) الأغنام.

تمنح الدرجة حسب ترتيبها تصاعديا، بحيث ينال لا شيء صفرا، وينال أكثر من 20 نعجة 05 درجات. (تتراوح درجة الفرد في هذا البند بين 0 – 5 درجات).

ج) الماعز.

تمنح الدرجة حسب ترتيبها تصاعديا، بحيث ينال لا شيء صفرا، وينال أكثر من 20 عنزة 05 درجات. (تتراوح درجة الفرد في هذا البند بين 0 – 5 درجات).

د) الإبل.

تمنح الدرجة حسب ترتيبها تصاعديا، بحيث ينال لا شيء صفرا، وينال أكثر من 20 جملا وناقة 05 درجات. (تتراوح درجة الفرد في هذا البند بين 0 – 5 درجات).

هـ) الدواجن.

تمنح الدرجة حسب ترتيبها تصاعديا، بحيث ينال لا شيء صفرا، وينال أكثر من 200000 د. ج 05 درجات. (تتراوح درجة الفرد في هذا البند بين 0 – 5 درجات).

ب) الممتلكات المادية الاستهلاكية للأسرة كمؤشر على مكانتها الاجتماعية والاقتصادية.

1) السيارات.

تمنح الدرجة حسب ترتيبها تصاعديا، بحيث ينال لا شيء صفرا، وينال أكثر من ثلاث سيارات 04 درجات. (تتراوح درجة الفرد في هذا البند بين 0 – 4 درجات).

2) أجهزة التلفزيون.

تمنح الدرجة حسب ترتيبها تصاعديا، بحيث ينال لا شيء صفرا، وينال يوجد أكثر من ثلاثة أجهزة تلفزيون 04 درجات. (تتراوح درجة الفرد في هذا البند بين 0 – 4 درجات).

3) أجهزة الإعلام الآلي.

تمنح الدرجة حسب ترتيبها تصاعديا، بحيث ينال لا شيء صفرا، وينال يوجد أكثر من ثلاثة أجهزة إعلام آلي 04 درجات. (تتراوح درجة الفرد في هذا البند بين 0 – 4 درجات).

(4) أجهزة الفيديو.

تمنح الدرجة حسب ترتيبها تصاعديا، بحيث ينال لا شيء صفرا، وينال يوجد أكثر من ثلاثة أجهزة فيديو 04 درجات. (تتراوح درجة الفرد في هذا البند بين 0 – 4 درجات).

(5) أجهزة منزلية.

تمنح درجة واحدة عند الإجابة بـ : نعم، وصفر عند الإجابة بـ : لا. (تتراوح درجة الفرد في هذا البند بين 0 – 8 درجات).

(6) الانترنت.

تمنح درجة واحدة عند الإجابة بـ : نعم، وصفر عند الإجابة بـ : لا. (تتراوح درجة الفرد في هذا البند بين 0 – 1 درجة).

(7) خدم لدى الأسرة.

تمنح الدرجة حسب ترتيبها تصاعديا، بحيث ينال لا شيء صفرا، وينال يوجد أكثر من ثلاثة خدم 04 درجات. (تتراوح درجة الفرد في هذا البند بين 0 – 4 درجات).

(8) سائق خاص للأسرة.

تمنح درجة واحدة عند الإجابة بـ : نعم، وصفر عند الإجابة بـ : لا. (تتراوح درجة الفرد في هذا البند بين 0 – 1 درجة).

(9) حوض سباحة.

تمنح درجة واحدة عند الإجابة بـ : نعم، وصفر عند الإجابة بـ : لا. (تتراوح درجة الفرد في هذا البند بين 0 – 1 درجة).

(تتراوح الدرجة الكلية لكل مفحوص على هذا البند بين : صفر – 82 درجة).

رابعا : مستوى الحي السكني ونوع السكن وحجم الأسرة

(1) مستوى الحي السكني.

تمنح الدرجة حسب ترتيبها تنازليا، بحيث ينال الحي السكني راق جدا 04 درجات، وينال الحي السكني غير راق تماما صفرا. (تتراوح درجة الفرد في هذا البند بين 0 – 4 درجات).

(2) نوع السكن.

تمنح الدرجة حسب ترتيبها تنازليا، بحيث ينال السكن في فيلا 04 درجات، وينال السكن في منزل بالإيجار صفرا. (تتراوح درجة الفرد في هذا البند بين 0 – 4 درجات).

(3) عدد حجرات السكن.

تمنح الدرجة حسب ترتيبها تصاعديا، بحيث ينال من 02 إلى 03 حجرات، درجة واحدة وينال أكثر من 09 حجرات 04 درجات. (تتراوح درجة الفرد في هذا البند بين 0 – 4 درجات).

4) عدد أفراد الأسرة.

تمنح الدرجة حسب ترتيبها تنازليا، بحيث ينال من 02 إلى 03 أفراد 04 درجات، وينال أكثر من 09 أفراد درجة واحدة. (تتراوح درجة الفرد في هذا البند بين 0 – 4 درجات).
(تتراوح الدرجة الكلية لكل فرد على هذا البند بين : صفر – 16 درجة).

خامسا : المستوى التعليمي للوالدين

تمنح الدرجة حسب ترتيبها تصاعديا، بحيث ينال أمي وأمية صفرا، وينال مستوى جامعي 05 درجات. (تتراوح درجة الفرد في هذا البند بين 0 – 5 درجات).
(تتراوح الدرجة الكلية لكل فرد على هذا البند بين : صفر – 10 درجات).

سادسا : الممتلكات الثقافية الخاصة بالأسرة

1) الجرائد.

إذا كانت الإجابة بـ : نعم، تمنح الدرجة حسب ترتيبها تصاعديا، بحيث ينال جريدة واحدة درجة واحدة، وينال أكثر من جريدين 03 درجات. (تتراوح درجة الفرد في هذا البند بين 0 – 3 درجات).

2) المجلات.

إذا كانت الإجابة بـ : نعم، تمنح الدرجة حسب ترتيبها تصاعديا، بحيث ينال مجلة واحدة درجة واحدة، وينال أكثر من مجلتين 03 درجات. (تتراوح درجة الفرد في هذا البند بين 0 – 3 درجات).

3) الكتب (غير المدرسية).

إذا كانت الإجابة بـ : نعم، تمنح الدرجة حسب ترتيبها تصاعديا، بحيث ينال من 01 إلى 10 كتب درجة واحدة، وينال أكثر من 100 كتاب 05 درجات. (تتراوح درجة الفرد في هذا البند بين 0 – 5 درجات).

4) إتقان اللغات الأجنبية.

تمنح الدرجة حسب ترتيبها تصاعديا، بحيث ينال لا شيء صفرا، وينال أكثر من ثلاث لغات 04 درجات. (تتراوح درجة الفرد في هذا البند بين 0 – 4 درجات).
(تتراوح الدرجة الكلية لكل فرد على هذا البند بين : صفر – 15 درجة).

سابعا : قضاء أوقات الفراغ والعطلات

1) في المشاهدة.

إذا كانت الإجابة بـ : نعم، تمنح الدرجة حسب ترتيبها تصاعديا، بحيث ينال أداء ألعاب مسلية درجة واحدة، وينال مشاهدة الفيديو درجتين، وينال مشاهدة التلفزيون ثلاث درجات. (تتراوح درجة الفرد في هذا البند بين 1 – 3 درجات).

2) في القراءة.

تمنح الدرجة حسب ترتيبها تصاعديا، من درجة واحدة، وتندرج إلى أربع درجات. (تتراوح درجة الفرد في هذا البند بين 1 – 4 درجات).

(3) في المناقشات.

تمنح الدرجة حسب ترتيبها تصاعديا، من درجة واحدة إلى ثلاث درجات. (تتراوح درجة الفرد في هذا البند بين 1 – 3 درجات).

(4) قضاء العطلات.

تمنح الدرجة حسب ترتيبها تصاعديا، من درجة واحدة إلى ثلاث درجات. (تتراوح درجة الفرد في هذا البند بين 1 – 4 درجات).
(تتراوح الدرجة الكلية لكل فرد على هذا البند بين : صفر – 14 درجة).

(2) تقدير درجة المفحوص.

اشتملت استمارة المستوى الاجتماعي/ الاقتصادي والثقافي للأسرة على ستة أبعاد هي :
أولا : مستوى المهنة أو الوظيفة، الذي تتراوح درجته الكلية بين : صفر – 07 درجات.
ثانيا : الدخل والحالة الاقتصادية للأسرة، الذي تتراوح درجته الكلية بين : صفر – 28 درجة.
ثالثا : الممتلكات المادية الإنتاجية والاستهلاكية للأسرة، الذي تتراوح درجته الكلية بين : صفر – 83 درجة.
رابعا : مستوى الحي السكني ونوع السكن وحجم الأسرة، الذي تتراوح درجته الكلية بين : صفر – 16 درجة.
خامسا : المستوى التعليمي للوالدين، الذي تتراوح درجته الكلية بين : صفر – 10 درجات.
سادسا : الممتلكات الثقافية للأسرة، الذي تتراوح درجته الكلية بين : صفر – 15 درجة.
سابعا : كيفية قضاء أوقات الفراغ والعطلات، الذي تتراوح درجته الكلية بين : صفر – 14 درجة.

ويكون المجموع الكلي للدرجات هو : 172 درجة.

ولكن هل يكون للأبعاد السبعة نفس الأوزان في التكميم (القياس) ؟
لقد درج الباحثون على افتراض أن هناك اختلافا في مدى ما يسهم به كل بعد من أبعاد المستوى الاجتماعي/ الاقتصادي والثقافي للأسرة في تحديد هذا المستوى، وعليه، ينبغي أن يأخذ كل بعد وزنا يتفق مع ما يسهم به في تحديد هذا المتغير. وانتهى الباحثون إلى معادلة يمكن من خلالها تحديد المستوى الاجتماعي/ الاقتصادي والثقافي للأسرة وهي كما يلي :

المستوى الاجتماعي/ الاقتصادي والثقافي = $4 \times$ درجة وظيفة أو مهنة الوالد + $3 \times$ درجة مصدر الدخل والممتلكات المادية + $3 \times$ درجة الحي السكني ونوع السكن + $2 \times$ درجة مستوى تعليم الوالد + $1 \times$ درجة الممتلكات الثقافية + $1 \times$ درجات قضاء أوقات الفراغ والعطل.

ملحق رقم (12) استمارة تقييم البرنامج من طرف التلاميذ

ضع علامة في الخانة التي تساعدك، ساعدني البرنامج الذي تلقينته على:

لا أوافق	أوافق إلى حد ما	أوافق	
%0	%20	%80	1- التخلص من السلوكيات الخاطئة التي كنت اعتقد أنها صحية.
%0	%10	%90	2- تعلم مفاهيم ومعلومات صحية جديدة.
%0	%0	%100	3- إدراك أن صحتي مسؤوليتي.
%0	%0	%100	4- التعرف على علاقة السلوكيات الصحية بالأمراض المزمنة.
%10	%10	%80	5- كيفية مواجهة المشاكل الصحية وكيفية إيجاد حلول لها.
%0	%10	%90	6- المحافظة على صحتي اليوم هو وقايتها من الأمراض مستقبلا.
%0	%0	%100	7- الاستفادة من كل مصادر المعلومات الخاصة بالصحة.
%0	%10	%90	8- التمسك بالعادات الصحية حتى وان كان زملائي يرونها خاطئة.
%0	%0	%100	9- ضرورة الاهتمام بالغذاء الصحي والتمارين الرياضية المنتظمة.
%0	%0	%100	10- نشر المعلومات الصحية بين أفراد الأسرة وزملائي.